

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ENGANO-TE A TI E A MIM...
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O *FAKING
GOOD* E O MMPI-2 COM INDICADORES DE
MEDIDAS FISIOLÓGICAS**

Ana Margarida Antunes Siles Machado

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Rosa Novo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa**

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ENGANO-TE A TI E A MIM...
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O *FAKING
GOOD* E O MMPI-2 COM INDICADORES DE
MEDIDAS FISIOLÓGICAS**

Ana Margarida Antunes Siles Machado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa**

2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Rosa Novo

Por nos ter proporcionado esta viagem de aprendizagens, pelo carinho, pela disponibilidade, pela paciência, e, fundamentalmente, por ser uma professora de verdade.

À Raquel

Por ter sido a melhor colega e amiga com quem alguma vez poderia ter partilhado esta experiência.

Ao Hugo Silva e ao Filipe Canento

Que, gentilmente, apoiaram a realização deste estudo.

À Dra. Gisela

Pela colaboração e pela simpatia e generosidade que demonstrou durante este estudo.

Às minhas colegas de curso e em particular à Inês

Pela paciência, pelas conversas, pelas palavras de apoio e por terem arrancado de mim sorrisos em alturas em que as coisas pareciam um pouco negras.

À minha família

Por ser a melhor que eu alguma vez poderia ter, não existem palavras para expressar a minha gratidão.

Ao Filipe

Por ser o meu sol todos os dias.

A todos os outros

Que, de uma forma ou de outra, foram indispensáveis neste percurso.

RESUMO

A literatura tem-se debruçado sobre o *faking good* nos instrumentos de avaliação da personalidade, nomeadamente sobre a sensibilidade das escalas de validade do MMPI-2 na detecção do *faking good*. No entanto, a maioria dos estudos têm privilegiado as situações de simulação. O presente estudo visou a caracterização do *faking good* na avaliação da personalidade e da psicopatologia através da resposta ao MMPI-2 em contexto natural, *i.e.*, no âmbito de processos reais de avaliação onde os indivíduos possam estar motivados para fazer *faking good*. Esta caracterização contou com evidências de medidas fisiológicas, nomeadamente a actividade electrodermal (EDA). Utilizou-se para tal uma metodologia diferencial, quantitativa e qualitativa, em que se procurou encontrar relações entre variáveis específicas dos indivíduos (análise intra-participante) e semelhanças e diferenças no comportamento dos diferentes indivíduos (inter-participantes). Para o efeito, foi estudada uma amostra de participantes provenientes de diferentes contextos, normal e clínico/forense (N = 24). A análise exploratória sugeriu a ocorrência de *faking good* em ambos os contextos. Especificamente, foi possível distinguir dois estilos de *faking good*, com características particulares, sendo que um dos estilos se destaca por ter particularidades que não vão no sentido do descrito na literatura para indicadores comportamentais de *faking good*. As características de personalidade deste grupo vão ao encontro da conceptualização de Paulhus (1984; 1997; Paulhus & John, 1998), onde identifica duas características: *self-deception* e *impression management*. As implicações e limitações do estudo, bem como direcções de investigação futuras foram discutidas.

Palavras-chave: Avaliação da Personalidade, MMPI-2, Medidas fisiológicas, *Faking good*.

ABSTRACT

Literature has tackled *faking good* in personality assessment instruments, namely the sensitivity of the validity scales of the MMPI-2 to the detection of *faking good*. However, most studies have privileged the simulation designs. The present study aimed at the characterisation of *faking good* in personality and psychopathology assessment through response to the MMPI-2 in a natural context, which is to say in the context of a real evaluation process where the individuals may be motivated to *faking good*. This characterisation included marks of physiological measures, namely the electrodermal activity (EDA). For such, a differential methodology was used, quantitative and qualitative, in which we tried to find relations between specific variables from the individuals (intra-participant analysis) and similarities and differences between the behaviour of the different participants (inter-participants). For this purpose, we studied a sample of participants from different contexts, normal and clinical/forensic (N = 24). The exploratory analysis suggested the occurrence of *faking good* in both contexts. Specifically, it was possible to distinguish two styles of *faking good*, with particular characteristics, considering that one of the styles stands out for having particularities which differ from what is described as behavioural indicators of *faking good*. The personality characteristics of this group are in accordance with Paulhus conceptualization (1984; 1997; Paulhus & John, 1998), where he identifies two characteristics: *self-deception* e *impression management*. The implications and limitations of this study, as well as future investigation directions, were discussed.

Keywords: Personality Assessment, MMPI-2, Physiological Measures, Faking good.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 Avaliação da personalidade	3
2.2 Faking	7
2.3 MMPI-2	12
2.4 Diferentes formas de estudar a validade de resposta	16
3. METODOLOGIA	19
3.1 Participantes	20
3.2 Instrumentos	21
3.3 Procedimento	23
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
6. CONCLUSÕES	47
REFERÊNCIAS	50

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1.– Características demográficas dos participantes por grupo.....	21
QUADRO 2.– Critérios de categorização de perfis de <i>faking good</i>	28
QUADRO 3.– Número de participantes por grupo.....	29
QUADRO 4.– Médias do número total de itens com activação por grupo.....	29
QUADRO 5.– Médias do número de itens com activações intensas por grupo	30
QUADRO 6.– Médias das activações de validade por grupo	31
QUADRO 7.– Médias do tempo de resposta ao MMPI-2 por grupo (em minutos)	32
QUADRO 8.– Médias do tempo médio de resposta por item em cada grupo (em segundos)	33
QUADRO 9.– Resultados médios do tempo de resposta ao MMPI-2 (em minutos) e tempo médio de resposta ao item (em segundos) por tipo de <i>faking</i>	35
QUADRO 10.– Médias da activação no MMPI-2 por tipo de <i>faking</i>	36

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

FIGURA 1.– Exemplo de gráfico de resposta de EDA com anotação de três activações	26
FIGURA 2.– Representação gráfica do perfil de activação no EDA do participante 1, do grupo normal e do grupo clínico/forense nas escalas de validade do MMPI-2 ...	37
FIGURA 3.– Representação Gráfica do perfil de EDA dos grupos clínico/forense, normal e do participante 14 nas escalas de validade do MMPI-2.....	38
FIGURA 4.– Resultados <i>T</i> dos participantes do grupo <i>faking</i> ‘não clássico’ nas escalas de validade do MMPI-2	38
FIGURA 5.– Representação gráfica do perfil de activação de EDA nas escalas de validade dos participantes do grupo <i>faking good</i> ‘não clássico’	39
FIGURA 6.– Representação gráfica do perfil clínico dos participantes do grupo <i>faking good</i> ‘não clássico’	39
FIGURA 7.– Representação gráfica do perfil de activação de EDA nas escalas clínicas dos participantes do grupo <i>faking good</i> ‘não clássico’	40

ANEXOS

ANEXO A – DESCRIÇÃO DAS ESCALAS DO MMPI-2

ANEXO B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

ANEXO C – MANUAL DE PROCEDIMENTOS DA SESSÃO DE APLICAÇÃO DO MMPI-2 COM REGISTO DE MEDIDAS FISIOLÓGICAS

ANEXO D – RESULTADOS NAS ESCALAS DE VALIDADE E CLÍNICAS DO MMPI-2

ANEXO E – RESPOSTAS DE EDA ASSOCIADAS ÀS ESCALAS DO MMPI-2 POR PARTICIPANTE

ANEXO F – TEMPO TOTAL DE TESTE E TEMPO MÉDIO POR ITEM DOS PARTICIPANTES

ANEXO G – PADRÃO DE ACTIVAÇÃO DE EDA E DE RESULTADOS NO MMPI-2

1. INTRODUÇÃO

A avaliação da personalidade é, actualmente, uma área transversal na psicologia, pela sua utilidade nos diversos contextos aplicados. Configurando-se de diferentes formas para responder aos objectivos específicos de cada situação e contexto, o factor comum na avaliação da personalidade é a importância das evidências providenciadas. Por isto, a confiança nos instrumentos de avaliação afigura-se como fundamental. As técnicas de auto-relato têm sido uma das formas mais utilizadas para avaliar a personalidade. Com inúmeras vantagens, como a riqueza e diversidade e a informação que permitem recolher sobre a experiência única dos indivíduos, estas técnicas têm algumas dificuldades associadas.

Uma destas dificuldades é a possibilidade de o indivíduo poder incorrer, na resposta ao auto-relato, a um viés de resposta, *i.e.*, a uma tendência sistemática para responder aos itens de um instrumento de outra forma que não a relativa ao conteúdo do item (Paulhus, 1991).

Existe um viés de resposta associado aos objectivos da avaliação, levando a que as respostas do indivíduo estejam condicionadas por possíveis ganhos ou perdas desta decorrentes. Este viés toma a designação de *faking*, podendo manifestar-se sob a forma de *faking bad* – quando o indivíduo descreve excessivamente os seus sintomas, de forma a fornecer um quadro de saúde mental mais negativo do que o real – ou de *faking good* - quando o indivíduo tenta dar uma melhor imagem de si, seja pela atribuição de características positivas ou pela diminuição de dificuldades.

O impacto do *faking* na avaliação da personalidade é significativo, bem como as consequências que daí advém para a confiança nos resultados. Este é um debate presente na literatura há várias décadas. O MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*– 2, Butcher, Bem-Porath, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemer, 1989) integra, na sua lógica de construção escalas que visam identificar e avaliar a presença de distorções na resposta ao inventário. Estas escalas permitem aos psicólogos aumentar a confiança nos resultados do MMPI-2.

A literatura tem fornecido inúmeras evidências sobre a sensibilidade das escalas de validade do MMPI-2 na detecção do *faking*. No entanto, a maioria dos estudos sobre as escalas de validade do MMPI-2 comportam algumas limitações, devido à metodologia utilizada. Estes estudos seguem um *design* de ‘tipo simulação’, *i.e.*, são dadas instruções específicas aos participantes para que respondam ao MMPI-2 de forma a simular diferentes atitudes de resposta. Este formato comporta algumas dificuldades

nomeadamente o facto de não ser possível garantir que os participantes mantenham a atitude de simulação durante todo o teste. Além disto, a validade ecológica destes estudos é reduzida por serem estudos de simulação de *faking*, não analisando o comportamento natural de *faking*, tal como ocorre nos contextos de avaliação da personalidade.

O presente estudo visa aumentar o conhecimento sobre o *faking good*, a partir da caracterização desta atitude na avaliação da personalidade, particularmente na resposta ao MMPI-2. Para tal, procurou estudar-se o *faking good*, em situações reais de avaliação da personalidade onde os indivíduos, motivados pelos ganhos e perdas associadas às circunstâncias da avaliação possam de alguma forma distorcer as suas respostas.

A caracterização da atitude de *faking good* contou, nesta investigação, com evidências de medidas fisiológicas, nomeadamente a actividade electrodermal da pele (EDA).

Especificamente, o estudo procura a identificação e caracterização de *faking good* no MMPI-2 e os padrões de activação específicos a si associados, em grupos provenientes de contextos de normalidade e de contextos clínico/forenses. Nesta linha, identificam-se também as particularidades associadas a variantes comportamentais no *faking good*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

A avaliação da personalidade está presente desde o início das interacções humanas, pelo seu valor adaptativo e de sobrevivência para a nossa espécie (Buss, 1991). Estamos continuamente interessados no comportamento e personalidade daqueles que conhecemos. As características dos outros influenciam o modo como nos vemos a nós próprios, a nossa percepção do mundo e as expectativas que formulamos relativamente ao futuro.

Do ponto de vista científico, falar de avaliação da personalidade só faz sentido partindo do reconhecimento de que os indivíduos têm características intrínsecas próprias que os diferenciam dos outros. Crê-se, por um lado, que as diferenças são relativas aos conteúdos e processos mentais que influenciam o modo como as pessoas pensam, sentem e agem, e que, por outro lado, as características específicas de cada pessoa darão lugar a uma relativa consistência e estabilidade do seu comportamento.

Já Allport (1937) e Murray (1938) consideravam a personalidade como uma totalidade estrutural e funcional, com uma organização interna própria formada a partir da interacção dinâmica do sujeito com o mundo e responsável pela orientação do comportamento (Pervin, 1990) e definiam a psicologia da personalidade como o estudo científico da individualidade psicológica. Este domínio de estudo foi progressivamente dando lugar ao estudo aprofundado das diferenças no funcionamento social e emocional que distinguem os indivíduos uns dos outros.

Embora com períodos de maior e menor crescimento, nos anos 80, a expansão da psicologia para novos contextos como os forense, educacional e organizacional, foi decisiva para o crescimento da avaliação da personalidade, visto que, nestes contextos, a avaliação da personalidade contribui decisivamente para a tomada de decisão.

Actualmente, na perspectiva de McAdams (1994, 2010), a personalidade é encarada como um sistema complexo de continuidade e mudança que se desenvolve ao longo da vida como uma constelação de aspectos da individualidade psicológica. Este sistema é compatível com a interacção de diferentes níveis de funcionamento, designadamente: o nível dos traços disposicionais – dimensões internas que se pensam responsáveis pelas consistências no comportamento, pensamento e emoções observadas nas diversas situações; características adaptativas – objectivos, projectos, valores e

outros aspectos da personalidade visíveis nas diferenças motivacionais; e narrativas do *self* – narrativas de vida internalizadas que ajudam o indivíduo a dar sentido à sua vida. Estes aspectos reflectem níveis de organização paralelos, que interagem entre si formando a individualidade psicológica.

Assim, a personalidade engloba quase todos os aspectos da vida humana, do funcionamento psicológico interno ao comportamento, dos estilos defensivos às formas adaptativas da existência humana (Novo, 2003). Actualmente é claro na literatura que as variáveis de personalidade são preditores robustos do comportamento, especialmente quando este é agregado transversalmente nas diferentes situações e ao longo do tempo (McAdams, 2010).

Desta forma, a avaliação da personalidade surge como uma necessidade nos diversos contextos da psicologia. Como domínio aplicado, é um processo integrativo de informação de fontes diversificadas, englobando várias orientações (de natureza nomotética ou ideográfica) e momentos de tomada de decisão, culminando em conclusões e inferências baseadas nos dados obtidos. Neste processo, o foco é orientado para a integração da informação, obtida através de diversas metodologias de avaliação, e interpretada no contexto da informação da história de vida das pessoas, de modo a gerar um entendimento coeso e compreensivo do indivíduo que é avaliado (Smith & Archer, 2008).

Os objectivos da avaliação são diferenciados e intrinsecamente ligados ao contexto em que ocorre e às necessidades específicas do pedido. No entanto, podemos diferenciar cinco razões primárias para conduzir uma avaliação (Meyer et al, 2001). Uma razão diz respeito à descrição da psicopatologia e elaboração de diagnósticos diferenciais. Além disso, a avaliação é, frequentemente, utilizada com o objectivo de descrever e prever o comportamento quotidiano e os aspectos do funcionamento individual, como a qualidade da interacção, forças e atributos pessoais, estratégias de *coping*, entre outras. A avaliação é também requerida com o propósito de providenciar informação para o tratamento, auxiliando o planeamento deste, tornando-o mais económico e efectivo. Uma outra razão ainda no contexto do tratamento reside no facto de a avaliação ser uma fonte preciosa de informação para a monitorização da intervenção, pois providencia uma medida de base útil à identificação de mudanças e à avaliação da utilidade e eficácia do tratamento. Finalmente, a avaliação da personalidade pode ser também utilizada como tratamento *per se*. Neste contexto, a avaliação é encarada como um processo colaborativo em que cliente e terapeuta

trabalham conjuntamente para alcançar um entendimento mais profundo das características e preocupações do cliente (Fischer & Finn 2008).

Um dos aspectos que influencia os objectivos da avaliação é o contexto em que esta ocorre. No contexto clínico, os propósitos da avaliação psicológica passam pela resposta a questões pertinentes, nomeadamente o diagnóstico, a etiologia e o prognóstico das dificuldades, a natureza das intervenções, o grau de perturbação nas rotinas e funções específicas e os padrões e capacidades adaptativas do indivíduo (Beutler, Groth-Marnat, & Rosner, 2003).

Desta forma, a utilidade da avaliação assenta na capacidade de providenciar informação sobre sintomas, mas também sobre as características de personalidade, designadamente sobre os padrões defensivos, os estilos interpessoais, o autoconceito e as crenças (Smith, 1998). Torna-se claro que, num contexto clínico, onde a avaliação visa responder a questões relativas a uma queixa ou pedido inicial, a personalidade seja um domínio inultrapassável para orientar o processo de avaliação e a intervenção.

No contexto forense, os objectivos da avaliação da personalidade são diferenciados, mas o processo configura-se, em muitas das situações, como uma avaliação clínica especializada, apoiando-se em bases similares de treino, de conhecimento e de experiência clínica.

O objectivo geral da avaliação prende-se com a geração de produtos que providenciem aos agentes da justiça informação útil à tomada de decisão, relacionada com a aplicação da lei. A avaliação forense tem muitas particularidades, como a definição do cliente e, conseqüentemente, a ética envolvida na condução do processo avaliativo. Neste contexto, a avaliação serve múltiplos indivíduos, ao invés de apenas um. Contrariamente à avaliação clínica, onde uma das preocupações principais é o benefício do cliente da avaliação, o indivíduo alvo da avaliação forense pode ter ou não um benefício directo pois prevalece a ética colectivista de defesa do direito dos outros e do bem social. Por outro lado, o grau de cooperação do avaliado e a credibilidade das suas respostas são variáveis, na medida em que encontramos motivações intrínsecas para dar respostas menos honestas. Estas são apenas algumas particularidades da avaliação neste contexto. Outras especificidades da avaliação forense são relativas aos objectivos associados às situações que determinam o processo avaliativo, passando pela avaliação de competências ou capacidades parentais; avaliação de défices que legitimem uma reforma antecipada; de inimputabilidade, entre outros. O factor comum à grande

maioria da avaliação forense é a necessidade da avaliação da personalidade e de psicopatologia eventualmente associada.

Com a multiplicidade de contextos em que a avaliação da personalidade ocorre, a decisão sobre as metodologias de avaliação a utilizar é uma decisão fundamental. A escolha dos instrumentos deve ter em consideração o contexto, o tipo de informação a obter, bem como todas as possíveis condicionantes associadas à recolha de informação. Podemos distinguir as várias técnicas de avaliação, desde as de entrevista às de observação, às projectivas e às técnicas de auto-relato, cada um delas associadas a vantagens e limitações específicas. No contexto deste trabalho, vamos considerar especificamente os auto-relatos.

Os auto-relatos têm sido dos tipos de técnicas mais utilizadas na avaliação da personalidade. Através dos auto-relatos, é possível aceder a percepção que o sujeito tem sobre si e às avaliações sobre os seus próprios comportamentos e dinâmica cognitiva, emocional e social. É importante que, ao escolher um instrumento de auto-relato, se tenham em consideração vários parâmetros como o tipo de informação requerida, o tempo a que se refere esta informação, o nível de elaboração exigido ao indivíduo, o grau de acessibilidade da informação requerida e as inferências que o psicólogo pode fazer a partir destes dados.

As vantagens desta técnica são inegáveis, pela versatilidade, facilidade e economia na administração e cotação, e naturalmente pela riqueza e diversidade de áreas que permitem. No entanto, elas comportam também algumas dificuldades. A recolha de informação está limitada ao que o indivíduo consegue e está disposto a revelar, o que se prende com a sua capacidade de reflexão sobre si mesmo e o seu grau de cooperação. Por outro lado, os auto-relatos não são imunes a tendências sistemáticas de resposta, mais ou menos intencionais (Paulhus, 1991). O viés de resposta pode ser um padrão visível de resposta, uma reacção temporária a uma exigência situacional, como a pressão do tempo ou a auto-revelação pública esperada, ou pode ser introduzido por efeitos do contexto, como o formato ou a natureza dos itens. Quando este viés de resposta é consistente no tempo e nas situações, estamos perante um estilo de resposta. (Wiggins, 1973, cit. por Paulhus, 1991). Os estilos de resposta podem ser de diversos tipos: resposta irrelevante, em que o indivíduo não se empenha psicologicamente no processo de avaliação; a resposta aleatória, baseada unicamente em factores ao acaso; a assunção de papel, em que o indivíduo assume o papel ou personagem de outra pessoa na resposta aos instrumentos ou a resposta híbrida, em que o indivíduo usa mais do que

um estilo de resposta numa situação particular). Paulhus (2007) refere que o viés de resposta pode ser incorporado na auto-imagem dos indivíduos, nomeadamente quando está presente em diversas situações da vida dos indivíduos.

2.2. FAKING

Outro dos estilos de resposta diz respeito a um viés particular, que sofre a influência dos objectivos da avaliação, levando a que as respostas do indivíduo estejam condicionadas por possíveis ganhos ou perdas dela decorrentes. O indivíduo pode não ser totalmente honesto na informação que providencia, distorcendo de alguma forma as suas respostas. Este é um viés de resposta de tipo *faking* e pode tomar a forma de *faking good* ou *faking bad*. Estamos perante uma distorção de tipo *faking good* quando o indivíduo tenta dar uma melhor imagem de si, seja pela atribuição de características positivas ou pela diminuição de dificuldades e de tipo *faking bad* quando o indivíduo exagera ou simula sintomas, de forma a dar uma imagem mais negativa de si próprio. No entanto, estas categorias não são estáticas, *i.e.*, o indivíduo pode ter uma atitude de *faking bad* e *faking good* no mesmo teste, em alturas diferentes. Por exemplo, numa avaliação forense, no âmbito de um pedido indemnização por danos pessoais, o indivíduo pode minimizar as dificuldades psicológicas prévias ao acidente, e exagerar os sintomas do período pós-acidente. Assim, embora alguns indivíduos tenham traços de personalidade que os predisponham mais à distorção, os estilos de resposta não devem ser considerados como atributos intrínsecos, devido ao seu potencial de mudança, de acordo com os objectivos e circunstâncias dos indivíduos (Rogers, 2008).

O aspecto essencial que distingue as respostas de *faking* de outros tipos de distorção é o aspecto motivacional. Para uma resposta deste tipo ocorrer, é necessário que exista uma motivação externa ao indivíduo, *i.e.*, a distorção deve estar associada sempre a um ganho secundário. Isto implica que existe um esforço comportamental, ou seja, o indivíduo escolhe direccionar energia para a elaboração de respostas distorcidas (Ellingson, 2012).

Ellingson (2012) defende que a distorção de resposta tende a ocorrer quando: (1) o indivíduo percebe esse comportamento como necessário para ganhar acesso a uma oportunidade; (2) o indivíduo acredita na sua capacidade para distorcer as respostas e (3) a oportunidade tem valor pessoal para o indivíduo. Desta forma quando um indivíduo equaciona distorcer as suas respostas, passa por três tipos de julgamento,

designadamente o de expectativa, o de instrumentalidade e de valência. O julgamento de expectativa diz respeito à capacidade percebida para distorcer as respostas de forma bem-sucedida em situações de avaliação de alta importância. Isto implica uma reflexão por parte do indivíduo sobre a sua capacidade percebida de distorcer, de ser bem-sucedido e de ter as capacidades necessárias para o fazer. Indivíduos que sentem maior confiança na sua capacidade de distorção das respostas num determinado instrumento de avaliação têm maior probabilidade de o fazer. Assim, nos julgamentos de expectativa, estão envolvidos traços de personalidade, capacidades cognitivas, conhecimento da situação de avaliação, transparência dos itens e avisos. Indivíduos altamente metódicos, perceptivos, com capacidade de auto-monitorização e conhecedores do contexto de avaliação em termos de natureza da oportunidade e constructos a ser avaliados terão maior capacidade de distorção de resposta (Ellingson, 2012).

Os julgamentos instrumentais reflectem a percepção de que a distorção é necessária no contexto de avaliação, envolvendo assim normas situacionais (quando a distorção de resposta é vista como um comportamento aceite entre os indivíduos avaliados, este tendem a vê-lo como um comportamento aceitável para o sucesso das suas intenções), integridade, ética e valores, traços de personalidade e o resultado verdadeiro (os indivíduos parecem distorcer as suas respostas apenas em áreas em que não possuem as competências necessárias ou não as possuem no grau percebido como desejado).

Finalmente, os julgamentos de valência dizem respeito ao valor percebido da oportunidade concedida ao indivíduo, por exemplo, um indivíduo desesperado por um trabalho ou por atenção por parte dos cuidados de saúde terá maior probabilidade de distorcer as suas respostas, na medida em que percebe a oportunidade como extremamente importante. Este factor pode, em certas situações, sobrepor-se ao julgamento instrumental (valores e ética pessoal, etc.), levando a uma atitude pouco característica da personalidade do indivíduo.

No entanto, de acordo com a literatura sobre a auto-consistência, os indivíduos formam identidades estáveis que procuram manter nas suas interações sociais, escolha de ambientes e oportunidades. Desta forma, os indivíduos procuram formas de validar as suas visões de si, ao invés de as tentar contrariar (Griffith & Converse, 2012). Isto tem implicações para a distorção de resposta na medida em que esta surge como uma ameaça à identidade pessoal, pelo que deveria ser causadora de stress e algo a evitar.

Assim, este aspecto valida a importância do aspecto motivacional na medida em que a motivação tem que ser suficientemente forte para levar o indivíduo a distorcer as suas respostas, pondo em risco o seu sentido de identidade. Por outro lado, também tem implicações na qualidade das distorções, na medida em que, excepto em situações extremas, o indivíduo não deverá distorcer os seus atributos de forma exagerada. Tomando o exemplo de uma candidatura a um emprego de vendas, um indivíduo altamente introvertido não deverá distorcer as suas respostas de tal forma a que dê uma imagem de si extrovertida, na medida em que está consciente de que não possui essas competências e que isso resultaria num grande risco para a sua identidade de futuro. Ainda assim, o grau de motivação do indivíduo e os ganhos secundários podem ser superiores a esta ameaça, levando a distorções extremas de resposta.

O presente trabalho visa o estudo do comportamento específico de *faking good*. No que respeita ao *faking good* em contexto de avaliação, um estudo de simulação de Robie, Brown e Beaty (2007) dá a conhecer a existência de três categorias: resposta honesta; *faking good* moderado, em que coexiste a resposta honesta e a resposta de acordo com as expectativas externas; e *faking good* extremo, em que a pessoa responde de acordo com um modelo ideal para a situação em avaliação. O estudo demonstrou que os indivíduos que responderam de forma honesta demoraram menos tempo e fizeram menos correcções nos inventários de personalidade do que os indivíduos que recorreram ao *faking*. Sobre a prevalência do *faking good*, de 12 participantes, um foi categorizado como *faker* extremo, dois foram categorizados como *fakers* moderados e os restantes como honestos, verificando-se uma prevalência de 25% de *faking good*, o que salienta a prevalência deste estilo de resposta nos inventários de personalidade, em condições de simulação.

Paulhus (1984; 1997; Paulhus & John, 1998) tem apresentado evidências de que o conceito de desejabilidade social (uma versão ligeiramente diferente do *faking good*, em que o indivíduo tenta responder de forma socialmente aceitável), consiste em dois factores, o *impression management* e o *self-deception*. O *impression management* representa a visão tradicional do *faking good*, em que alguns indivíduos adequam as suas respostas de forma a dar uma imagem de si socialmente positiva. Esta é uma tendência que varia de acordo com a motivação e a exigência situacional. O conceito de *self-deception*, por seu lado, parece intrinsecamente ligado a constructos de personalidade como o ajustamento, optimismo, auto-estima e sentido geral de capacidade, tal como referido por Paulhus (1991). O MMPI-2 tem escalas de medida

específicas para a avaliação destes dois componentes, sendo que a escala L visa avaliar o *impression management* e as escalas K e S visam medir o *self-deception*.

Paulhus defende ainda que o *impression management* está mais relacionado com a Conscienciosidade e a Agradabilidade, domínios do modelo do *Five Factor Model* (Costa & McCrae, 1992) e o *self-deception* mais relacionado com os factores de Estabilidade Emocional, Extroversão e Abertura à Experiência, do mesmo modelo de personalidade. Paulhus & John (1998) sugeriram que a desejabilidade social consiste em duas tendências auto-favoráveis: a primeira, *alfa*, é a tendência do indivíduo para se ver a si mesmo como excepcionalmente talentoso e um membro proeminente da sociedade; a segunda, *gamma*, é a tendência moralista para o indivíduo se encarar como muito bom membro da sociedade. Em 2002, Paulhus (cit. por Bjorklund & Larsson 2012) sugeriu que os factores *alfa* e *gamma* diferem no que se refere a conteúdos de personalidade e ambos podem ser influenciados pelo *self-deception* e pelo *impression management*. Na sua conceptualização, *alfa* está relacionado com a Abertura e a Extroversão e *gamma* com a Conscienciosidade e Agradabilidade. A Estabilidade Emocional está principalmente relacionada com o factor *alfa* mas tem também uma forte relação com *gamma*.

As teorias sobre o *faking bad* podem aplicar-se ao *faking good*, embora haja menos literatura nesse tema. Numa perspectiva mais relacionada com a patologia, a negação e o recalçamento podem ser interpretadas como defesas do ego, sobre as quais o paciente tem pouco ou nenhum controlo (Laughlin, 1970, cit. por Rogers, 1997). Nesta perspectiva, o mecanismo subjacente ao *faking good* seria psicopatológico. Também o modelo criminológico, baseado na conceptualização de psicopatologia de Cleckley (1976) pode ser invocado. De acordo com Cleckley, os psicopatas caracterizam-se pelo charme, insinceridade e falta de confiança. Hare (1991) conceptualiza o charme superficial, a loquacidade, a tendência patológica para mentir e a manipulação como características da psicopatia (Rogers, 1997). Estas visões partilham uma imagem distorcida de positividade, desenvolvida para ter vantagem sobre os outros, algo muito semelhante ao conceito de *faking good*.

Finalmente, o modelo adaptacional pode ser utilizado para explicar a negação e minimização de sintomatologia. Por um lado, os indivíduos podem perceber os profissionais de saúde como adversários, na medida em que podem tomar decisões que os prejudiquem, pelo que tendem a dar uma imagem mais positiva de si mesmos, através da minimização da sua sintomatologia. Por outro lado, um indivíduo que

consoma drogas pode dizer que consome uma quantidade muito inferior à real, dando uma imagem melhor de si à sociedade. O modelo adaptacional também se aplica ao processo de *impression management* do indivíduo candidato a um emprego, na medida em que o candidato pode minimizar sintomas, nível de angústia ou perturbação geral, com medo do estigma da doença mental. Por outro lado, como anteriormente referido, pode acontecer que o mesmo candidato responda de forma a adaptar-se ao que supõe que seja o pretendido para aquele emprego.

Rogers (1997) identificou três graus de *faking good* ou *deception*: suave, onde existem evidências de que o indivíduo está a tentar minimizar os sintomas mas não negar a presença de problemas e constituem distorções de pouca importância no processo; moderado, em que o indivíduo minimiza ou nega dificuldades e pode ser limitado a alguns sintomas ou a diversas áreas; e severo, caracterizado por negação da existência de dificuldades psicológicas ou sintomas, mesmo os comuns à maioria dos indivíduos).

Um dos tópicos de discussão sobre o *faking* diz respeito à sua estrutura, dicotómica, em que a honestidade está num extremo e o *faking* no outro extremo, ou dimensional, em que existem vários níveis de *faking*. O estudo de Walters e col. (2008), visou analisar a estrutura latente do *faking bad* e mostrou que o *faking bad* se configura como um contínuo dimensional, visto em termos de nível de exagero ou fabricação de sintomas, ao invés de uma taxonomia, a dicotomia *faking*-honestidade, considerando assim o *faking* como uma distinção de tipo quantitativo. Estes resultados têm implicações clínicas na avaliação do *faking*: a avaliação deve ser feita ao nível do traço latente, ao nível dimensional, e não apenas numa perspectiva categorial.

Depois de explicitados alguns conceitos relacionados com o *faking*, é mais claro o seu impacto nos instrumentos de auto-relato e as consequências que daí advêm para a confiança nos resultados. Mas este é um debate presente na literatura desde a década de 30. Allport (1937) e Ellis (1943) já apontavam a vulnerabilidade dos auto-relatos às distorções intencionais e não intencionais. Gough, em 1947 (cit. por Rogers & Correa, 2008), afirmou que a detecção de *faking* e falsificação nos testes psicológicos é um dos grandes problemas que surgem na utilização clínica destes instrumentos. Seis décadas depois, esta continua a ser uma questão crítica. Não só a distorção de resposta tende a aumentar com as mudanças sociais (aumento dos divórcios, decisões de custódia, etc.), mas a sua sofisticação tende a aumentar com a expansão do acesso à informação, na medida em que os indivíduos acedem actualmente a informações muito específicas

sobre as competências ou sintomas de perturbação a simular com grande facilidade (Hall & Hall, 2012).

2.3. MMPI-2

Por todas estas razões, surge a necessidade de instrumentos que auxiliem a detecção do *faking*, para que os psicólogos possam utilizar os resultados das suas avaliações com confiança. Actualmente, encontramos uma grande diversidade de escalas, com o objectivo único de avaliar a tendência de distorção de resposta, (e.g., Escala de Desejabilidade Social de Edwards de Edwards, 1957; Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne de Crowne & Marlowe, 1960). Um dos instrumentos que mais se destaca é o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (doravante MMPI), na medida em que é um instrumento que visa avaliar e providenciar informações sobre a personalidade e a psicopatologia mas engloba, ele próprio, formas de detecção da distorção de resposta. Construído em 1943 por Hathaway e McKinley, visou suplantir uma das limitações na avaliação da personalidade com instrumentos de auto-relato, no que diz respeito à capacidade de avaliar o grau em que os indivíduos se envolvem na distorção de resposta ao inventário.

O MMPI foi construído numa lógica de validade de critério, *i.e.*, a partir de um largo *pool* de itens, os autores agruparam-nos em escalas quantitativas, úteis na avaliação de várias categorias de psicopatologia. Para discriminar a patologia, os itens teriam que ser respondidos diferencialmente pelos grupos de critério específicos (e.g., hipocondríacos, depressivos, etc.) entre si e por contraste com a amostra controlo.

O instrumento foi revisto, sendo que a versão actualmente utilizada é o MMPI-2 (Butcher, Bem-Porath, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemer, 1989).

O MMPI-2 é constituído por 10 escalas clínicas, 15 escalas de conteúdo, 5 escalas de personalidade (PSY-5), 15 escalas suplementares e 8 escalas de validade, que configuram um perfil descritivo da personalidade e psicopatologia.

As escalas clínicas do instrumento, descritas no anexo A, avaliam sinais e sintomas das patologias presentes no instrumento, de acordo com as respostas do indivíduo. As escalas de conteúdo (Butcher, Graham, Williams & Ben-Porath, 1990) foram desenvolvidas para analisar o conteúdo mais detalhado das dimensões clínicas, avaliando áreas de comportamento específico. Beutler e Butcher (2003) descrevem alguns estudos de verificação empírica que suportam o uso destas escalas, como o estudo de Clark (1993) que demonstrou que pacientes com dor crónica com pontuações

elevadas na escala de conteúdo da raiva, mostravam raiva intensa, sentimento de frustração, hipersensibilidade à crítica, etc., e o estudo de Boone (1994), que demonstrou que a escala de conteúdo da depressão está significativamente relacionada com medidas de depressão, baixa auto-estima, desesperança e ideação suicida.

As escalas de personalidade (PSY-5), construídas a partir de estudos sobre a normalidade e a perturbação de personalidade, englobam cinco domínios da personalidade numa visão global das características dos traços do indivíduo relacionados com quadros de perturbação psicopatológica.

As escalas suplementares detalham também alguns aspectos particulares da psicopatologia, providenciando informação adicional na interpretação das escalas clínicas e de validade, aumentando a cobertura descritiva de perturbações e problemas clínicos.

As escalas de validade, que neste trabalho têm particular relevância, constituem uma vantagem associada ao MMPI-2 e será uma das razões pela quais este é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente e em diversos contextos, nomeadamente nos clínico e forense. Na construção do MMPI, os autores consideraram duas categorias de distorção de resposta: *faking bad* e *faking good*. Para a avaliação das distorções, os autores distinguem três estratégias possíveis (Crespo, 2002). A primeira diz respeito à inconsistência das respostas, o que levou à inserção de itens de conteúdo idêntico ou contrastado e que deram lugar, no MMPI-2, às escalas *Variable Response Inconsistency* (VRIN) e *True Response inconsistency* (TRIN). A elevação nestas escalas pode significar que o indivíduo respondeu de forma inconsistente, o que conduzirá à invalidação do perfil.

A segunda estratégia refere-se a itens que são respondidos de forma afirmativa com muito pouca frequência. Assim, surgem as escalas: *Lie* (L), que mede uma atitude pouco sofisticada no sentido de dar uma imagem irrepreensível, conscienciosa e virtuosa associada ao *faking good*; *Infrequency* (F) para detectar as respostas mais atípicas de patologia numa ampla extensão de sintomatologia, e que pode representar *faking bad* se o indivíduo exagera a sua sintomatologia de forma a parecer mais perturbado psicologicamente; *Back infrequency* (Fb) com o mesmo propósito da escala F mas presente nos itens finais do teste, permitindo a identificação de alterações na abordagem ao teste no curso da administração; e *Infrequency-Psychopathology* (Fp) (Arbisi & Ben-Porath 1995) que mede a presença de psicopatologia severa, permitindo

a diferenciação das elevações em F produzidas por psicopatologia genuína e por uma atitude de *faking bad*.

Finalmente, a terceira estratégia, diz respeito a um procedimento empírico para identificar os itens diferenciadores de grupos clínico e não clínico e de atitudes de *faking*. A escala *Correction* (K) foi elaborada no sentido de diferenciar pacientes internados com perfis normais de pacientes, supostamente saudáveis, com perfis de elevação clínica. Posteriormente foi determinada a proporção de K que deveria ser adicionada a cada escala clínica para maximizar a distinção entre o grupo critério e o grupo normativo. Assim, a escala K mede a vontade do indivíduo para revelar informação pessoal e discutir as suas dificuldades, bem como o nível de defensividade na resposta ao MMPI-2. Esta escala é, ao contrário da escala L, uma forma subtil de detectar o *faking good* e, quando se eleva, dá lugar a resultados relativamente baixos nas escalas clínicas, evidenciando relatos de problemas psicológicos pouco significativos.

A escala *Superlative Self-Presentation* (S), de Butcher e Han (1995), foi adicionada ao perfil pelo seu poder discriminativo na detecção de tendências de resposta superlativa, *i.e.*, a elevação dos resultados desta escala identifica indivíduos que tendem a apresentar-se como melhor ajustados e com menos dificuldades do que os indivíduos normais.

A última escala, não inserida nestas estratégias, mas fundamental para análise do perfil, é a escala *Cannot Say* (?), a primeira na análise do protocolo. Esta fornece o número total de itens não respondidos, um aspecto algo comum nos perfis de *faking good*, pela atenuação de sintomas e passível de invalidar a análise do perfil.

Seguindo um racional distintivo entre escalas mais sensíveis a *faking good* e a *faking bad*, a literatura aponta para uma configuração de elevações nas escalas L, K e S no *faking good* e F, Fb e Fp no *faking bad*. O estudo de Graham, Watts e Timbrook (1991) visou analisar o poder descritivo do MMPI-2 de atitudes de *faking good* e *faking bad* e a capacidade de diferenciação entre indivíduos normais em *faking bad* e população psiquiátrica. Os autores demonstraram que os indivíduos com atitude de *faking bad* obtinham um perfil com elevações nas escalas F e clínicas e resultados baixos nas escalas L e K, em comparação com os perfis da população psiquiátrica. Na detecção de *faking good*, a configuração das escalas mostrou elevações consistentes nas escalas L e K (sendo os resultados da escala K mais elevados) e resultados mais baixos na escala F. Assim, os autores concluíram que as escalas de validade analisadas permitem a discriminação da distorção de resposta nas direcções *good* e *bad*. Além

disto, verificaram também que as elevações na escala F não eram tão discriminativas entre *faking bad* e perturbação. Esta é uma das maiores dificuldades associadas a esta escala, na medida em que a escolha do ponto de corte pode levar a falsos positivos, com indivíduos com patologia severa a responderem de forma algo semelhante a indivíduos com estilo de *faking bad*.

Sobre o poder das escalas de validade na discriminação de distorção de resposta específica de tipo *faking good*, o estudo de Bagby, Rogers, Nicholson, Buis e Kalembe (1994), comparou estudantes a simular uma atitude de *faking good* e pacientes psiquiátricos e estudantes a responder de forma honesta e verificou que os estudantes tinham pontuações mais elevadas nas escalas L e K, comparativamente com as duas amostras de resposta honesta. Também o estudo de Baer, Wetter, Nichols, Greene, and Berry (1995) avaliou a sensibilidade das escalas de validade e demonstrou que as escalas K, L e S são bons preditores de *faking good*.

Finalmente, o estudo de Bagby, Buis, Rector, Rogers, e Seeman (1997) dá também algumas evidências no mesmo sentido. Neste estudo, pediram a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, que tinham respondido ao MMPI-2 para o fazerem novamente, mas de forma a esconder os seus sintomas e compararam com uma amostra de estudantes nas duas condições (instruções *standard* e de *faking good*). Na condição de *faking good*, estudantes e pacientes produziram um perfil significativamente menos patológico e com melhor imagem de si. O estudo mostrou, relativamente às escalas do MMPI-2 aqui abordadas, que a escala L era a melhor na distinção de perfis honestos em ambas as amostras. Os estudos de Austin (1992) and Cassisi and Workman (1992), tal como referido pelos autores do estudo acima, parecem ser concordantes com a validade das escalas L e K na detecção de perfis de *faking good*.

Estas são apenas algumas referências do que parecer ser consensual na literatura, que diz respeito à sensibilidade das escalas de validade para a detecção das distorções de resposta de tipo *faking good* e *faking bad*. Desta forma, o uso do MMPI-2 por todo o mundo e em diversos contextos é justificado pela confiança que os psicólogos têm nos resultados do teste. Para os contextos clínico e forense, existem vantagens acrescidas na utilização deste inventário.

No contexto clínico, o MMPI-2 é um dos instrumentos mais utilizados. A sua utilidade neste contexto prende-se com a identificação de condições clínicas nestes contextos, diagnóstico e conceptualização, inferências sobre as dificuldades de ajustamento psicológico, entre outros. O *faking* pode conduzir a diagnósticos pouco

exactos, intervenções menos eficazes e outras dificuldades, que resultam em custos económicos, de pessoal e de tempo, para pacientes e centros, pelo que a sua detecção é essencial. O estudo de Graham, Barthlow, Stein, Ben-Porath e McNulty (2002), demonstrou a eficácia do MMPI-2 (nomeadamente das escalas de validade F [F, Fb e Fp]), como instrumento de medida do desajustamento psicológico em contextos de saúde mental.

No contexto forense, a literatura reporta uma grande prevalência de *faking*. Tomando o exemplo das avaliações de competência para comparecer em tribunal, as escalas de validade do MMPI-2 podem dar informações sobre a capacidade do indivíduo de simular patologia, bem como se a perturbação psicológica influencia as competências para comparecer no tribunal. Nos casos de danos pessoais, as escalas de validade são muito úteis na determinação do *faking bad* na descrição da situação actual, bem como de *faking good* das características pessoais prévias ao acidente.

2.4.DIFERENTES FORMAS DE ESTUDAR A VALIDADE DE RESPOSTA

Estes são apenas alguns exemplos em que o MMPI-2 e, em particular, os indicadores de validade das respostas, são muito úteis e evitam diversos problemas. Pela utilidade destas escalas, a literatura tem-se debruçado sobre elas (como acima exemplificado), no sentido de providenciar evidências adicionais, que aumentem a confiança no uso do MMPI-2 nos diversos contextos. O presente estudo insere-se nessa linha de investigação, com a tentativa de estabelecer uma relação entre as respostas aos itens das escalas de validade e as respostas fisiológicas.

Actualmente sabemos que o nosso organismo responde a qualquer estímulo externo com alterações fisiológicas generalizadas. A maioria destas mudanças são invisíveis e indetectáveis para o indivíduo. Em determinadas situações, essas alterações podem ser indicadoras do grau de credibilidade das declarações de um indivíduo (Biderman & Zimmer, 1961).

Partindo deste pressuposto, a literatura tem-se debruçado no uso de indicadores de actividade fisiológica para os mais diversos efeitos, nomeadamente no estudo da ‘mentira’ ou do engano intencional (*deception*). Nesta linha, a utilização de indicadores fisiológicos passa pelo controlo da respiração, batimentos cardíacos, temperatura corporal, resposta de condutância da pele, entre muitos outros. Neste estudo, será utilizada a resposta de condutância da pele. A resposta de condutância da pele, ou actividade electodérmica (EDA), permite identificar alterações momentâneas na

condutividade eléctrica da pele associadas a um aumento da actividade das glândulas écrinas. O EDA é tipicamente medido na zona palmar, pela maior densidade destas glândulas. As glândulas écrinas são controladas pela divisão simpática do sistema nervoso autónomo. A resposta de EDA representa, assim, alterações no sistema nervoso simpático, estando linearmente correlacionada com a excitação (*arousal*). Esta resposta pode ser elicitada por estímulos novos, inesperados, intensos, complexos, emocionalmente relevantes ou com significado pessoal. Além disto, o EDA é também elicitado pela antecipação de estímulos significativos. Dawson et al. (2011) consideram que esta medida fisiológica se caracteriza por ser um indicador objectivo, não-verbal e involuntário, relativamente livre do viés de resposta, o que o torna uma medida pura e, como tal, há vantagens no seu uso.

Evoluindo desde observações qualitativas do sinal de EDA, que visavam avaliar a ocorrência ou ausência do sinal depois de um estímulo, actualmente ele é medido a partir de aparelhos que fazem passar uma corrente eléctrica muito pequena através dos eléctrodos e depois mede a condutância eléctrica dessa corrente pela pele. Assim, o participante torna-se um condutor variável num circuito de muito baixa voltagem. Quando as glândulas sudoríparas se tornam mais activas, a condutividade eléctrica da pele aumenta momentaneamente, o que representa a resposta de condutância da pele.

Da mesma forma que a resposta de EDA é influenciada por múltiplos factores psicológicos, é também fortemente influenciada por uma multiplicidade de áreas cerebrais corticais e subcorticais. Os neuro circuitos com maior influência no EDA são aqueles que subservem os processos de atenção, avaliação da significância do estímulo, tomada de decisão, avaliação das características do estímulo e antecipação de estímulos significativos.

Existem diversas áreas corticais, em particular as áreas frontais, com influência conhecida na resposta de EDA, nomeadamente áreas do córtex pré-frontal (ventromedial, dorsolateral e orbitofrontal). Estas áreas estão criticamente envolvidas nos processos atencionais, atribuição de significado ou valência afectiva do estímulo, antecipação e tomada de decisão.

Existem diversas evidências na literatura que apoiam o uso deste indicador na detecção do engano intencional. O estudo de Thacray e Orne (1968), comparando diversos alguns índices fisiológicos na detecção do engano intencional, demonstrou que a resposta galvânica da pele, actualmente denominada como EDA, é um indicador eficaz na discriminação do engano intencional.

Também o estudo de Courtney, Dawson e Schell (2011), que visou analisar a relevância da resposta de EDA na antecipação e tomada de decisão, mostrou que quando um indivíduo considera tomar uma decisão com consequências para si, ou quando lhe é apresentado um estímulo com possíveis consequências, evidencia uma resposta de EDA que antecipa essa decisão. Essa antecipação reflecte a expectativa consciente das possíveis consequências. Relacionando estes dados com as respostas de *faking* e assumindo que estas pressupõem uma motivação externa relacionada com as consequências (conseguir algo, não perder algo, etc.), podemos pressupor que, perante uma situação em que o indivíduo identifica possíveis consequências para a sua resposta (como a resposta a um inventário de personalidade), irá ocorrer uma resposta de EDA, que funciona como marcador deste processo.

Finalmente, especificando o uso destas medidas para detecção de *faking* nos instrumentos de avaliação da personalidade, o estudo de Cofer, Judson e Weick (1949), dá algumas indicações. Neste estudo, era pedido aos participantes que simulassem um tipo de distorção de resposta (*faking good/bad*) no MMPI. A partir do reflexo galvânico da pele, mediram a activação dos participantes durante a realização do teste. Isto permitiu-lhes verificar um padrão de activação consistente com as escalas de validade. No entanto, as razões desta ‘activação’ foram posteriormente exploradas com os participantes o que permitiu verificar a sua diversidade. Nuns casos a distorção era o motivo da ‘activação’ mas também factores como o significado pessoal dos itens, ou o esforço cognitivo de compreensão dos itens, tiveram implicações, o que é consistente com o espectro de reacções psicológicas que se manifestam sob a forma de resposta de EDA. Deste modo, os autores não conseguiram discriminar um padrão de activação directamente associado à distorção de resposta. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com o carácter de simulação do estudo, que poderá ter influenciado negativamente a discriminação de respostas de EDA associadas à distorção pelo facto de os participantes não estarem a responder usando as suas referências cognitivas, mas sim respondendo às instruções previamente dadas.

O presente estudo visa também estudar a resposta ao MMPI-2 associada à resposta de EDA, mas em contextos reais de avaliação da personalidade.

3. METODOLOGIA

A presente investigação enquadra-se no projecto de aferição do MMPI-2 para a população portuguesa em curso na Faculdade de Psicologia e em colaboração com a Universidade de Minnesota. Este estudo tem como alvo as questões de validade de resposta ao inventário, designadamente a identificação e a caracterização de situações de *faking good*.

Este trabalho seguiu uma abordagem mista, quantitativa e qualitativa, em que se procura encontrar relações entre variáveis específicas dos indivíduos (análise intra-participantes) e semelhanças e diferenças no comportamento de diferentes indivíduos (inter-participantes). Para tal, estudámos, numa perspectiva diferencial, uma amostra proveniente de diferentes contextos, normal e clínico/forense. Deste modo, procura-se maximizar a validade ecológica dos dados, a partir do estabelecimento de um comportamento comum de resposta fisiológica associada a eventual distorção de resposta motivada por características ou objectivos pessoais do indivíduo.

O objectivo geral deste estudo é o de caracterizar a atitude de *faking good* perante situações de auto-avaliação da personalidade e da psicopatologia, através da associação de medidas de auto-relato e de activação fisiológica. Pretende-se, especificamente, identificar e diferenciar perfis do MMPI-2 que indiquem *faking good* e caracterizar padrões de activação específicos potencialmente associados. Neste sentido, os objectivos específicos de estudo são:

1. Categorizar os perfis do MMPI-2 relativamente aos indicadores de *faking good*
 - a. Analisar os resultados nas escalas de validade e clínicas do MMPI-2 dos participantes dos contextos normal e clínico/forense e identificar os perfis de *faking good*;
 - b. Constituir quatro grupos de participantes de acordo com os indicadores de *faking* (em a.) e o contexto de proveniência dos participantes (normal ou clínico/forense).

2. Analisar e comparar o comportamento dos quatro grupos de participantes (1.b) nas medidas fisiológicas (EDA):
 - a. Identificar a frequência média e grau de intensidade das activações no EDA para o conjunto de itens do MMPI-2;
 - b. Identificar a frequência média de activações no EDA para os itens de validade do MMPI-2;
 - c. Analisar os tempos médios de resposta ao teste (tempo total e por item) e a sua relação com a frequência de activação no EDA.
3. Analisar qualitativamente os perfis de MMPI-2 e de EDA dos casos de *faking good*
 - a. Integrar as notas *T* das escalas clínicas e de validade do MMPI-2 com os níveis de activação do EDA de modo a identificar semelhanças e diferenças inter-participantes.
4. Analisar e caracterizar casos específicos de *faking good* no MMPI-2

3.1.PARTICIPANTES

Para cumprir os objectivos do estudo, foi necessário o recrutamento em diferentes contextos: normal, *i.e.*, indivíduos sem diagnóstico clínico nem acompanhamento psicológico; e clínico/forense, *i.e.*, casos clinicamente identificados ou com queixa clínica, e casos de avaliação forense, no âmbito de processos cíveis.

O presente estudo contou com uma amostra de 24 participantes, de ambos os sexos, 10 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, com uma mediana de 26 anos. No que respeita ao estado civil, a amostra inclui 18 participantes solteiros, dois casados/em união de facto e quatro divorciados.

Os participantes residiam nas áreas de Lisboa e Vale do Tejo ($n = 21$) e no distrito de Setúbal ($n = 3$) e todos tinham nacionalidade portuguesa. Relativamente ao estatuto sociocultural, a maioria da amostra tinha um nível académico médio superior: 13 participantes frequentavam o ensino superior, seis licenciados e sete com formação igual ou inferior ao 12º ano. No que diz respeito à situação face à vida activa, 13 participantes eram estudantes, oito estavam empregados em diversas áreas desde as

artes gráficas e da representação à medicina e à aviação, entre outros, e três estavam desempregados.

No que diz respeito à saúde física, os participantes recrutados em contexto de normalidade não relataram a existência de qualquer doença aguda ou crónica. No grupo clínico/forense, dois participantes referiram a existência de doença física (diabetes tipo I e perda ligeira de audição). Relativamente a situações psicopatológicas, este grupo integra participantes com sintomatologia predominante de tipo ansioso e depressivo, não existindo casos de perturbação grave (clínica ou de personalidade) ou histórico de internamentos.

A aplicação do inventário no grupo clínico/forense foi inserida no processo de avaliação psicológica em curso nos respectivos serviços de psicologia. Algumas das aplicações ocorreram no Serviço de Atendimento à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, outras ocorreram numa clínica psiquiátrica em Setúbal. Os dados sociodemográficos mais específicos e relativos a cada um dos participantes são apresentados no anexo B.

QUADRO 1.– Características demográficas dos participantes por grupo

	Grupo Clínico/forense <i>n</i> = 13 54%	Grupo Normal <i>n</i> = 11 46%
Idade (anos)		
Mediana	31	20
Amplitude	[18-50]	[18-27]
Género		
Masculino	46%	36%
Feminino	53%	63%
Nota. <i>N</i> = 24		

3.2. INSTRUMENTOS

Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2

Nesta investigação foi utilizado o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2* (MMPI-2) (Butcher, Bem-Porath, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemer, 1989), na sua versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006). Este inventário constitui uma revisão e actualização do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI* (Hathaway, & McKinley, 1943) e visa a caracterização da

personalidade e da psicopatologia através da análise da resposta a itens relativos a comportamentos, sentimentos, pensamentos, atitudes e crenças. O inventário é composto por 567 itens (e.g., item 33 – *É raro preocupar-me com a minha saúde*), aos quais o participante deve responder ‘Verdadeiro’ ou ‘Falso’ consoante eles se aplicam ou não à descrição de si próprio. É aplicável a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e escolaridade mínima de seis a oito anos. Existem três versões de aplicação, onde os itens podem ser apresentados em caderno, com cartões ou em áudio gravação. No presente estudo foi utilizada a versão em cartões, pela sua utilidade na auto-administração.

O teste disponibiliza várias medidas finais. No âmbito do presente estudo, vamos analisar especificamente o resultado nas escalas de validade e das escalas clínicas básicas, anteriormente referidas e apresentadas no anexo A.

Uma vez aplicado o inventário, as respostas são cotadas e convertidas em resultados *T*. Iremos neste estudo considerar dois níveis de análise: a análise dimensional, centrada nos resultados *T* e a análise configuracional, centrada no perfil global de resultados das escalas clínicas. Consideram-se genericamente que os resultados são baixos quando são inferiores a *T* 40 e são considerados elevados quando se situam acima de *T* 65.

O teste tem validade de critério, *i.e.*, as escalas foram construídas a partir de grupos de critério específico, pelo que as particularidades interpretativas são variáveis consoante a escala. Inúmeros estudos têm dado evidências de validade e fiabilidade do MMPI-2 com diferentes objectivos, como a diferenciação da normalidade e patologia e o apoio ao diagnóstico psicopatológico, bem como evidências de utilidade em diversos contextos de aplicação, como o clínico e o forense. Do ponto de vista da consistência interna, são também referenciados no manual valores adequados de α de Cronbach, variando, nas escalas clínicas, entre .34 e .87 para a população masculina e .37 a .87 na população feminina (Butcher et al, 2006).

Sistema *BioPLUX research*

O sistema *bioPLUX research*, foi concebido para o registo de medidas fisiológicas e é composto por um dispositivo *wireless biosignal research unit* e por sensores para o registo específico de cada medida fisiológica. Na presente investigação, é utilizado o sensor *edaPLUX*, *electrodermal activity sensor*, para detecção de alterações nos estados atencionais, cognitivos e emocionais. Este sensor permite o

registo específico da actividade electrodérmica (EDA) o qual se expressa em unidades de *microsiemens*. Neste estudo, era importante assinalar a sincronia entre o estímulo (item) e a resposta associada (EDA), pelo que se utilizou o *syncPLUX*, para o controlo da sincronia.

O funcionamento destes sensores exige ainda uma ligação a um dispositivo próprio, o *bioPLUX research unit*, o qual recolhe e digitaliza os sinais transmitidos pelos sensores, enviando-os para um computador onde possam ser trabalhados. Assim, é possível fazer um registo das medidas fisiológicas de forma não intrusiva e sem interferir significativamente com a realização do teste.

O estudo de Ward, Marsden, Cahill e Johnson (2001), entre outros, considera as vantagens e valida a fiabilidade da utilização de *software* informático para o registo de medidas fisiológicas. Este aparelho foi validado para a utilização em diversos estudos, nomeadamente os estudos de Canento, Fred, Silva, Gamboa e Lourenço (2011) e o de Canento, Silva e Fred (2012) para registo de indicadores fisiológicos em estudos de indicadores psicológicos, nomeadamente de emoções¹.

3.3.PROCEDIMENTO

Procedimentos de aplicação

Antes da realização do inventário, os participantes foram informados da natureza do estudo e das condições de participação. De seguida, foi-lhes solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Informado com esta informação e garantia de confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de acesso aos resultados do estudo. O manual de procedimentos para as aplicações encontra-se no anexo C.

Procedeu-se então à aplicação do MMPI-2 em formato de auto-administração e versão em cartões, e a tarefa solicitada aos participantes foi a de dar as suas respostas colocando os cartões numa das caixas, correspondentes a respostas de ‘*Verdadeiro*’ ou ‘*Falso*’. Os cartões com itens a que o participante não soubesse responder, ou que não se aplicassem a si, deveriam ser colocados numa terceira categoria ‘*Não Sei*’.

¹ Este sistema foi cedido, expressamente para este estudo, pela empresa PLUX e contou com o apoio dos engenheiros Hugo Silva e Filipe Canento do Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa para o processamento dos dados.

O passo seguinte foi o de colocar, na mão não dominante do participante, o sensor para a medição das medidas fisiológicas, ligados ao aparelho de registo. Também ligado a este aparelho, mas não ligado ao participante, estava um sensor de toque, que o aplicador tocava cada vez que o participante iniciava a leitura de um item. Assim, era possível o registo exacto da resposta fisiológica correspondente à leitura e à tomada de decisão face a cada item.

Imediatamente antes da fase de resposta ao MMPI-2, foram colocadas duas questões aos participantes: ‘*Qual a sua nacionalidade?*’ e ‘*Seria capaz de matar uma pessoa por dinheiro?*’. A resposta a estas questões implica diferentes níveis de auto-revelação por parte dos participantes, pelo que é possível ver os efeitos dessas perguntas no comportamento do EDA e no registo imediato no aparelho, o que constitui um teste ao bom funcionamento do conjunto do equipamento.

Seguiu-se a resposta ao teste, em condições estandardizadas, previstas para a aplicação do MMPI-2 neste formato de cartões. De 100 em 100 itens, foi realizada uma breve pausa para que os participantes pudessem movimentar a mão, onde estava ligado o sensor, e colocar eventuais questões.

As aplicações realizaram-se nas instalações da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e numa clínica psiquiátrica em Setúbal.

Procedimentos de análise de resultados

MMPI-2

A leitura dos protocolos foi efectuada através de um procedimento de leitura óptica. A cotação, o cálculo dos resultados *T* nas escalas clínicas e de validade e a obtenção dos perfis foram realizados através de um programa estatístico de cotação automatizada associado ao *SPSS*.

Este trabalho inscreveu-se nos procedimentos normais de utilização do instrumento, ao nível da aplicação, cotação e análise (Butcher et al, 2006). A aplicação total dos procedimentos de análise poderia levar à invalidação dos perfis por eventual distorção de resposta. Dada a especificidade dos objectivos do estudo, nenhum protocolo foi invalidado por ter evidências de distorção. Contudo, foi garantida, em todos os casos, a cooperação e empenho dos participantes na tarefa.

Os resultados das escalas de validade permitiram a distinção de perfis de *faking good*. Para a inclusão neste grupo, o perfil devia responder a cinco de sete critérios: uma ou mais das escalas de validade – L, K ou S – acima de T70; um resultado absoluto da

escala L maior do que cinco; a escala L como a mais elevado do perfil; ter um índice de $[F-K] \leq 11$; um resultado absoluto na escala clínica Hs menor ou igual a três; escalas clínicas abaixo de T40 e um perfil clínico abaixo de T65, valor que constitui o ponto de corte de significância clínica (Greene, 2000; Graham, 2000). Nesta linha, foram identificados os quatro perfis de distorção de resposta de tipo *faking good*.

Eda

A análise da resposta de condutância da pele foi efectuada primeiramente através da conversão das medidas fisiológicas em valores numéricos, sendo que existiu um critério predefinido de análise, que visava analisar os itens onde a resposta de EDA foi elevada e identificada como resposta de activação. O critério de activação foi estabelecido previamente pela equipa de engenheiros responsáveis pelo equipamento e pelo tratamento inicial de dados. Era considerada uma activação em todas as questões onde foi detectado um ponto de inflexão associado a uma convexidade no sinal de EDA filtrado dentro do intervalo delimitado à esquerda pelo instante de tempo correspondente à anotação manual que marcava o início da apresentação de um dado cartão, e à direita pelo instante de tempo correspondente ou à anotação manual que marcava o início da apresentação do cartão seguinte ou ao final do bloco de questões (Canento & Silva, 2012)². As ocorrências e os valores das activaões foram-nos cedidas numa base de dados em Excel o que constitui o ponto de partida para todas as análises subsequentemente efectuadas.

Assim, foi calculada a frequência de activaões por participante no conjunto dos itens do MMPI-2, bem como o grau de intensidade dessas activaões. Estes valores foram posteriormente calculados para cada grupo, permitindo a análise inter-grupo.

Nas análises do tempo de resposta ao teste e do tempo médio por item, estas foram calculadas para cada participante e, posteriormente, para cada grupo.

² Comunicação Pessoal

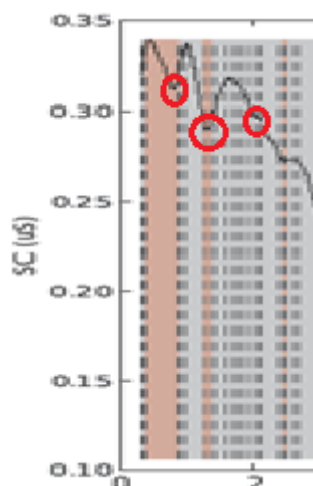


FIGURA 1.– Exemplo de gráfico de resposta de EDA com anotação de três activações

Constituição dos grupos de análise

A amostra foi, posteriormente, dividida em quatro grupos de análise, combinando proveniência da recolha (contexto clínico ou de normalidade) e tendência de resposta (com ou sem indicadores significativos de *faking good*). Assim, foram constituídos quatro grupos: participantes provenientes do contexto de normalidade com indicadores significativos de *faking good*; participantes provenientes do contexto de normalidade sem indicadores significativos de *faking good*; participantes provenientes do contexto clínico com indicadores significativos de *faking good* e participantes provenientes do contexto clínico sem indicadores significativos de *faking good*.

Dentro da análise dos indicadores de distorção de resposta, a amostra de *faking good* foi dividida em dois subgrupos, *faking* de tipo ‘clássico’ e *faking* de tipo ‘não clássico’. Esta divisão teve como critérios a resposta às escalas clínicas e de validade do MMPI-2, a resposta de EDA e o tempo total de resposta ao teste por parte dos participantes de *faking*. No que respeita aos resultados *T*, estes seguiram a lógica de análise do MMPI-2, considerando-se resultados altos – $T < 50$; resultados médios – T 50 a T 65 e resultados baixos – $T \geq 65$. Na resposta de EDA, determinaram-se, a partir da amplitude de activação no total da amostra, três níveis de activação: activação alta – $> 20\%$; activação média – 15% a 20% e activação baixa – $< 15\%$.

4. RESULTADOS

Apresentação e análise

A presente investigação foi delineada de modo a caracterizar a atitude de *faking good* perante situações de auto-avaliação da personalidade e da psicopatologia, através da associação de medidas de auto-relato e de activação fisiológica.

Tendo em conta os objectivos específicos iniciais, nomeadamente a identificação e a diferenciação de perfis do MMPI-2 que indiquem *faking good* e a caracterização de padrões de activação específicos associados, os resultados foram analisados numa óptica de análise intra-participante, a fim de identificar particularidades nas respostas fisiológicas aos itens do MMPI-2.

O passo seguinte foi a análises inter-participantes, a partir de comparações entre os quatro grupos formados dentro da amostra, permitindo uma comparação entre as respostas fisiológicas dos diversos participantes, distribuídos pelos grupos.

Finalmente procedeu-se à análise dos perfis identificados como *faking*, perfis dos participantes com *faking good* ‘clássico’ e com *faking* ‘não clássico’, tal como definidos na secção metodologia.

Análise dos resultados do MMPI-2: Categorização dos perfis relativamente aos indicadores de *faking good*

A identificação de perfis de *faking* foi realizada a partir das respostas ao MMPI-2. De acordo com os critérios definidos na metodologia, foram identificados quatro perfis de *faking good*, *i.e.*, perfis de participantes que tentaram dar uma melhor imagem de si. Verifica-se, assim, que a tendência de resposta de tipo *faking good* ocorre numa pequena percentagem, em 17% da amostra, sendo um caso pertencente ao contexto normal e três casos de participantes pertencentes ao contexto clínico/forense.

Foi previamente considerada como condição para a inserção no grupo de *faking* (ver metodologia), a presença de pelo menos cinco dos sete critérios previstos. No Quadro 2 apresentam-se os critérios para a inserção no grupo *faking good* e os participantes que satisfazem tais critérios. O participante 1 (grupo normal) e o participante 14 (grupo clínico/forense) preenchem os sete critérios para perfis de *faking good*. O participante 13 (grupo clínico/forense) preenche seis critérios e o participante 12 (grupo clínico/forense) preenche cinco critérios. Podemos também verificar que

alguns dos critérios são preenchidos pelos quatro participantes, nomeadamente ter uma das escalas indicadoras da presença de *faking good* L, K ou S como a escala mais elevada do perfil; ter um resultado bruto na escala L superior a cinco; ter um resultado bruto na escala Hs igual ou inferior a três e ter todo o perfil clínico abaixo de *T* 65.

Particularizando para a análise das escalas clínicas, no grupo de *faking good*, todo o perfil clínico estava situado abaixo de *T*65, sendo que 75% do grupo tinha mais do que uma escala clínica abaixo de *T*40, o que constitui uma evidência de *faking good*.

A escala Hs, um bom indicador da presença de *faking good* por permitir observar a negação de sintomas físicos comuns nos indivíduos, revela-se particularmente informativa. A média dos resultados *T* dos participantes que apresentaram *faking* é inferior em 50% à dos restantes participantes. Os resultados das escalas de validade e clínicas encontram-se discriminados, por participante, no Anexo D.

QUADRO 2.– Critérios de categorização de perfis de *faking good*

CRITÉRIOS PARTICIPANTES (Grupo)	1(GN)	12 (GCF)	13 (GCF)	14 (GCF)
L, K ou S ≥ <i>T</i> 70	SIM L = <i>T</i> 70	SIM L = <i>T</i> 83	SIM L = <i>T</i> 86	SIM L = <i>T</i> 78
L RB > 5	SIM L = 8	SIM L = 11	SIM L = 11	SIM L = 10
L – Escala mais elevada	SIM	NÃO	SIM	SIM
|F-K| ≥ 11	SIM 2 - 23 = - 21	NÃO 11 - 15 = - 4	SIM 4- 21= - 17	SIM 3 - 14 = - 11
Hs RB ≤ 3	SIM Hs = 2	SIM Hs = 1	SIM Hs = 3	SIM Hs = 3
Escalas Clínicas < <i>T</i>40	SIM D; Pa; Si	SIM Hs; Hy	NÃO	SIM Pd; Pt; Sc; Si
Perfil Clínico < <i>T</i>65	SIM	SIM	SIM	SIM

Nota. RB = resultados brutos; *T* = resultados da distribuição *T*, GN = grupo normal; GCF = grupo clínico/forense.

Uma vez identificados os participantes que apresentaram *faking*, a análise posterior teve em conta a presença desta distorção de resposta associada ao contexto de proveniência dos participantes (normal vs. clínico/forense) de modo a constituir os diferentes grupos de análise. A distribuição dos participantes por grupo é apresentada no Quadro 3.

QUADRO 3.– Número de participantes por grupo

	Grupo Normal (GN)	Grupo Clínico/forense (GCF)
<i>Faking (f)</i>	1	3
<i>Não Faking (nf)</i>	10	10

Nota. N = 24

Doravante os quatro grupos constituídos serão identificados do seguinte modo: GN – grupo clínico, GN-f – grupo normal com *faking*; GN-nf – grupo normal sem *faking*; GCF – grupo clínico/forense; GCF-f – grupo clínico/forense com *faking*; GCF-nf – grupo clínico/forense sem *faking*. Ao nível das análises, referiremos os grupos mais abrangentes: normal e clínico/forense e *faking* e não *faking*.

Análise dos resultados de EDA ao conjunto de itens do teste

A análise dos resultados de EDA visou, em primeiro lugar, identificar a frequência das activações dos participantes no total dos itens do MMPI-2 e a comparação das frequências por grupo. Nesta análise foram considerados apenas 23 participantes, excluindo um dos participantes do grupo normal (GN-nf) em virtude de um erro de registo do EDA.

A distribuição da frequência de activação nos quatro grupos deu a conhecer uma média de activações no teste de 83 itens por participante, o que representa uma activação em cerca de 15% do conjunto dos itens. Comparando os grupos normal e clínico/forense, verificou-se uma média de activação de 69 itens no grupo normal e 94 no grupo clínico/forense, o que representa um acréscimo de 36% do número médio de activações no caso dos participantes do grupo clínico/forense.

A comparação entre os grupos de *faking* e não *faking* permitiu identificar uma média de 82 itens com activação no grupo *faking* e de 84 itens no grupo não *faking*, pelo que não se verificaram diferenças assinaláveis no comportamento destes dois grupos (ver Quadro 4).

QUADRO 4.– Médias do número total de itens com activação por grupo

	Grupo Normal	Grupo Clínico/forense	Total
<i>Faking</i>	45 <i>n</i> = 1	94 <i>n</i> = 3	82 <i>n</i> = 4
<i>Não Faking</i>	72 <i>n</i> = 9	94 <i>n</i> = 10	84 <i>n</i> = 19
Total	69 <i>n</i> = 10	94 <i>n</i> = 13	

Nota. N = 23

Ao nível dos resultados do EDA por item foi considerado o valor absoluto da activação de cada participante expresso em *microsiemens* (μs). A análise destes valores permitiu o cálculo da média e do desvio-padrão de activação de cada participante e a determinação dos itens associados a um grau de activação mais intensa. Assim, foram considerados como itens com activação intensa todos aqueles que registaram valores superiores a um desvio-padrão da média. Os itens considerados de activação intensa são, assim, unidades de medida de referência individual, isto é, baseados na activação média de cada participante.

Calculado o número de activações intensas por participante, verifica-se que o conjunto dos participantes apresenta activações intensas em 67 itens, o que corresponde a 12% do número total de itens do MMPI-2.

O cálculo da média de activações intensas por grupo permitiu verificar que os grupos normal e clínico/forense não se diferenciam de modo assinalável. A média de activações intensas no grupo normal é de 13 itens, enquanto a do grupo clínico/forense é de 14 itens.

No que respeita à comparação entre os grupos *faking* e não *faking*, a média de activação foi de 15 itens para o primeiro grupo e de 13 para o grupo não *faking*. Esta diferença não sendo muito expressiva, representa, ainda assim, um acréscimo de activações intensas no grupo *faking* de cerca de 15% (ver Quadro 5).

QUADRO 5.– Médias do número de itens com activações intensas por grupo

	Grupo Normal	Grupo Clínico/forense	Total
<i>Faking</i>	10	17	15
	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 3	<i>n</i> = 4
Não <i>Faking</i>	13	13	13
	<i>n</i> = 9	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 19
Total	13	14	
	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 13	

Nota. N = 23

Análise dos resultados de EDA: Itens das escalas de validade

Centrando a análise no comportamento de EDA associado aos itens de validade, verificou-se uma frequência média de activação nos itens de validade em cada grupo de

31 itens, o que corresponde a 33% do conjunto dos itens de validade do teste. Nesta análise foram considerados apenas 23 participantes, excluindo um dos participantes do grupo normal (GN-nf) em virtude de um erro de registo do EDA.

No que respeita à comparação entre os grupos normal e clínico/forense, o grupo normal apresentou uma activação média de 25 itens e o grupo clínico/forense apresentou uma média de activação de 36 itens do conjunto de itens de validade, o que representa um acréscimo de 44% de activação média nos itens de validade do grupo clínico/forense, relativamente ao grupo normal.

Na comparação entre o grupo *faking* e não *faking*, verificou-se uma média de activação nos itens de validade de 30 itens para o grupo *faking* e 31 para o grupo não *faking*, pelo que não existem diferenças a distinguir (ver Quadro 6). Os resultados da activação de EDA associada à resposta aos itens nas escalas de validade por participante encontram-se discriminados no Quadro E.1.

QUADRO 6.– Médias das activações de validade por grupo

	Grupo Normal	Grupo Clínico/forense	Total
<i>Faking</i>	14	35	30
	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 3	<i>n</i> = 4
Não <i>Faking</i>	26	36	31
	<i>n</i> = 9	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 19
Total	25	36	
	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 13	

Nota. N = 23

Análise do tempo de resposta: tempo total de resposta ao teste

Procedeu-se, num primeiro momento, à análise do tempo médio de resposta do MMPI-2. Nesta análise foram considerados apenas 23 participantes, excluindo um dos participantes do grupo normal (GN-nf) em virtude de um erro de registo dos dados. Os participantes demoraram, em média 62 minutos a responder ao MMPI-2.

No que diz respeito às comparações entre grupos, verificou-se que o grupo normal grupo normal demorou em média 53 minutos a responder ao teste, ao passo que o grupo clínico/forense demorou em média 69 minutos. Estes resultados mostram um acréscimo de 30% no tempo médio de resposta do grupo clínico/forense em relação ao grupo normal.

Na análise entre os grupos *faking* e não *faking*, o grupo *faking* demorou em média 79 minutos e o grupo não *faking* demorou em média 59 minutos, verificando-se

um acréscimo de 33% no tempo médio de resposta dos participantes *faking* (ver Quadro 7).

QUADRO 7.– Médias do tempo de resposta ao MMPI-2 por grupo (em minutos)

	Grupo Normal	Grupo Clínico/forense	Total
<i>Faking</i>	58	86	79
	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 3	<i>n</i> = 4
Não <i>Faking</i>	53	64	59
	<i>n</i> = 9	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 19
Total	53	69	
	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 13	

Nota. N = 23

Análise do tempo de resposta: tempo médio por item

Seguidamente, foi realizado o cálculo do tempo médio que cada participante demorou a responder ao MMPI-2. Considerando agora como unidade de análise os itens, e com base neste cálculo, foi determinado o tempo médio de resposta por item para cada grupo. Na análise realizada foram considerados apenas 23 participantes, excluindo um dos participantes do grupo normal (GN-nf) em virtude de um erro de registo dos dados.

Na análise do tempo médio de resposta por item em cada grupo, verificou-se que o grupo normal demorou em média seis segundos a responder a cada item e o grupo clínico/forense demorou em média sete segundos, o que, não sendo uma diferença muito expressiva, representa um acréscimo de 17% no tempo médio de resposta ao item por parte dos participantes do grupo clínico/forense.

Relativamente aos grupos *faking* e não *faking*, verificou-se que o grupo de *faking* teve um tempo médio de oito segundos por item e o grupo não *faking* de seis segundos, o que representa um acréscimo de 33% no tempo médio de resposta ao itens nos participantes do grupo de *faking* (ver Quadro 8). O tempo de resposta ao teste e tempo médio de resposta ao item por participante encontram-se descritos no Quadro F.1.

QUADRO 8.– Médias do tempo médio de resposta por item em cada grupo (em segundos)

	Grupo Normal	Grupo Clínico/forense	Total
<i>Faking</i>	6 <i>n</i> = 1	9 <i>n</i> = 3	8 <i>n</i> = 4
Não <i>Faking</i>	5 <i>n</i> = 9	6 <i>n</i> = 10	6 <i>n</i> = 19
Total	6 <i>n</i> = 10	7 <i>n</i> = 13	

Nota. N = 23

Análise da relação entre o tempo médio de resposta por item e a frequência de activações

Ao nível do tempo médio de resposta a cada item, foram identificados os itens que apresentaram os tempos de resposta mais longos. A partir do cálculo da média e do desvio-padrão, foram considerados como itens com tempo de resposta mais longo aqueles que registaram um tempo superior a um desvio-padrão da média.

Deste modo, foram identificados 70 itens, 12% dos itens do teste, com tempo médio de resposta mais longo, em comparação com o restante conjunto dos itens. Destes, 21 eram itens pertencentes a escalas de validade, 12% do conjunto de itens de validade do MMPI-2.

De seguida, considerando ainda o comportamento global da amostra, procedeu-se à comparação entre os itens com tempo de resposta mais longo e aqueles que apresentaram maior frequência de activação, *i.e.*, itens em que pelo menos 20% dos participantes activaram. Esta comparação permitiu verificar que 65% dos itens com tempo médio de resposta mais longo eram aqueles que simultaneamente apresentavam um maior número de activações por parte dos participantes. Os restantes 35% dos itens com tempo médio de resposta mais longo registaram também activações, embora menos frequentes.

Análise dos resultados do MMPI-2 e do EDA dos casos de *faking good*

A análise de perfis de EDA dos casos de *faking good* foi realizada a par dos resultados das escalas clínicas e de validade do MMPI-2 de modo a identificar semelhanças e diferenças inter-participantes.

Os quatro participantes do estudo com um comportamento de *faking good* apresentam padrões diferenciáveis em dois subgrupos, de dois participantes cada.

Esta diferenciação em dois subgrupos tem por base: os resultados *T* dos participantes, nas escalas clínicas e de validade; os perfis de EDA; e o tempo de resposta ao MMPI-2.

Nas escalas clínicas, todos os participantes apresentaram um perfil de resultados *T* transversalmente médio/baixo consistente com a atitude de *faking good*. Relativamente aos resultados *T* nas escalas de validade, os participantes 1 (grupo normal) e 14 (grupo clínico/forense) apresentaram um padrão transversalmente baixo nas escalas F, Fb e Fp, com excepção do resultado do participante 14 na escala Fp, com um resultado no nível médio, entre *T* 50 e *T* 65. Nas escalas L, K e S, os participantes apresentaram resultados médios/altos, com excepção do resultado do participante 14 na escala K, situado no nível baixo, inferior a *T* 50.

Os participantes 12 (grupo clínico/forense) e 13 (grupo clínico/forense) apresentaram um padrão médio/alto nas escalas de validade F, Fp e Fb, à excepção do resultado do participante 13 na escala Fb, inferior a *T* 50. Nas escalas L, K e S, estes participantes apresentaram resultados elevados na escala L e médio/baixos nas escalas K e S.

No que respeita aos resultados de activação de EDA nas escalas de validade, verificou-se um perfil de activação de EDA transversalmente baixo nos participantes 1 (grupo normal) e 14 (grupo clínico/forense). Nos participantes 12 e 13, ambos do grupo clínico/forense, o padrão de activação de EDA foi de nível médio/elevado. Relativamente aos resultados de EDA associados às escalas clínicas, os participantes 1 e 14 obtiveram um perfil de activação médio/baixo ao passo que os participantes 12 e 13 apresentaram um perfil de activação médio/alto.

Finalmente, o tempo médio de resposta ao teste revelou-se também como um indicador relevante na diferenciação do comportamento dos participantes. Como é observável no Quadro 9, o tempo de resposta ao teste dos participantes 1 demorou 58 minutos, e o participante 14 demorou 48 minutos. Nenhum dos participantes excedeu os 62 minutos, os quais correspondem ao tempo médio de resposta do conjunto da amostra. Já o tempo de resposta do participante 12, de 117 minutos e do participante 13, de 94 minutos, excedeu largamente o tempo médio de resposta ao teste da amostra.

A análise realizada – ao nível dos resultados *T*, do perfil de activação nas escalas de validade e clínicas e do tempo total de resposta ao teste – permitiu diferenciar o comportamento dos participantes do grupo *faking* em dois subgrupos: um agrega os participantes 12 e 13, provenientes do grupo clínico/forense e grupo; o outro agrega o

participante 1, proveniente do grupo normal e o 14, proveniente do grupo clínico/forense. O primeiro subgrupo será designado como de *faking good* ‘clássico’ e o segundo como de *faking good* ‘não clássico’. O grupo *faking good* ‘clássico’ toma esta designação pelos seus resultados, que vão no sentido dos descritos na literatura para o *faking good*. O grupo de *faking good* ‘não clássico’ é assim designado por ter resultados que se distinguem dos descritos na literatura para o *faking good*.

A comparação dos participantes dos dois subgrupos no que respeita aos resultados *T* e ao nível de activação do EDA nas escalas clínicas e de validade encontra-se discriminada no Quadro G.1.

A análise subsequente visou a análise do comportamento do grupo *faking good* ‘não clássico’, a fim de identificar as particularidades deste grupo de participantes.

Análise inter-grupo de *faking good*

Tendo como alvo de análise o comportamento de *faking good* ‘não clássico’, doravante identificado como *faking* ‘não clássico’, procedeu-se à análise do tempo total de resposta ao MMPI-2, onde se verificou que o grupo *faking* ‘não clássico’, demorou em média 53 minutos a responder ao teste e o grupo *faking good* ‘clássico’ demorou média 106 minutos a responder ao teste. Este resultado permite identificar que o grupo *faking* ‘não clássico’ teve um tempo médio 100% menor do que o grupo de *faking good* ‘clássico’, doravante identificado como *faking* ‘clássico’.

Considerando o tempo médio de resposta a cada item, observou-se um tempo médio de resposta a cada item de cinco segundos no *faking* ‘não clássico’ e de 11 segundos no *faking* ‘clássico’, pelo que se verificou que o grupo *faking* ‘não clássico’ teve um tempo médio de resposta ao item 120% menor (ver Quadro 9).

QUADRO 9.– Resultados médios do tempo de resposta ao MMPI-2 (em minutos) e tempo médio de resposta ao item (em segundos) por tipo de *faking*

	<i>Faking</i> ‘Não Clássico’ (n = 2)	<i>Faking</i> ‘Clássico’ (n = 2)
Tempo Total de Teste	53	106
Tempo Médio por Item	5	11

Nota. N = 4

Se observarmos o comportamento de EDA, verificamos a existência de diferenças assinaláveis no valor médio de activação de activação nos dois grupos. O

grupo *faking* ‘não clássico’ activou, em média, 13% e o grupo *faking* ‘clássico’ activou em média 18% do conjunto dos itens do teste, o que demonstra que o grupo *faking* ‘não clássico’ activou 38% menos nos itens do conjunto do teste.

Particularizando a análise para os itens pertencentes a escalas de validade do MMPI-2, observou-se uma activação média de 16% do grupo *faking* ‘não clássico’ e de 20% no grupo *faking* ‘clássico’. Assim, verificou-se que a tendência acima demonstrada na activação no total dos itens do teste se manteve, sendo que o grupo *faking* ‘não clássico’ activou menos 25% de itens de validade (ver Quadro 10).

QUADRO 10.– Médias da activação no MMPI-2 por tipo de *faking*

	<i>Faking</i> ‘Não Clássico’ (n = 2)	<i>Faking</i> ‘Clássico’ (n = 2)
Activação Total	13%	18%
Activação de Validade	16%	20%

Nota. N = 4

Considerando o grau de intensidade de activações, verificou-se uma média de 12 activações intensas no grupo *faking* ‘não clássico’ e 18 no grupo *faking* ‘clássico’. Observa-se assim, que o grupo *faking* ‘não clássico’ tem uma frequência de activações intensas 50% menor (ver Quadro 11).

Análise intra-grupo de *faking good* ‘não clássico’

A análise do padrão de EDA dos participantes do grupo de *faking* ‘não clássico’ (participantes 1 e 14) foi realizada tendo por referência o comportamento dos grupos, normal e clínico, a fim de identificar particularidades no comportamento de activação de EDA de cada um dos participantes.

A análise comparada dos perfis de activação do participante 1 e do grupo normal, ambos representados na Figura 2, permitiu verificar um nível de activação no participante 1 inferior em todas as escalas de validade, particularmente nas Fp e L. Na análise dos perfis de activação do participante 1 e do grupo clínico/forense, os resultados foram semelhantes, onde o perfil do participante 1 é marcadamente mais baixo do que o perfil do grupo clínico/forense.

Do ponto de vista dos valores absolutos, o grupo normal tem um comportamento nível de activação baixo na generalidade das escalas. No grupo clínico/forense, o perfil tem um nível de activação médio/baixo. O participante 1 tem, então um nível de activação

particularmente baixo, não activando nunca em mais de 10% dos itens em nenhuma das escalas de validade do MMPI-2.

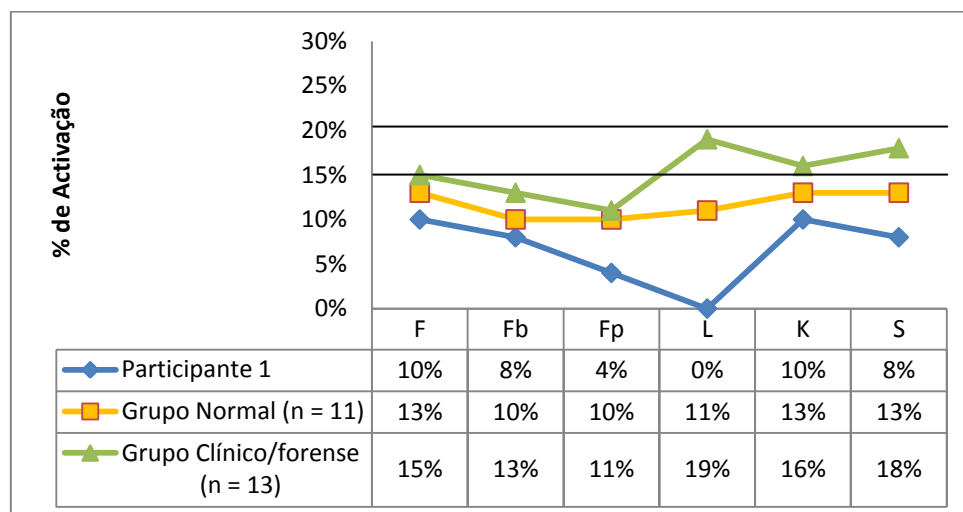


FIGURA 2.— Representação gráfica do perfil de activação no EDA do participante 1, do grupo normal e do grupo clínico/forense nas escalas de validade do MMPI-2

A análise comparada do perfil de activação do participante 14 com o do perfil médio dos participantes do grupo clínico/forense, demonstrou que o participante 14 tem um perfil diferenciado do grupo clínico/forense, sendo baixo na generalidade das escalas e elevado nas escalas K e S. Relativamente ao grupo normal, com um perfil transversalmente baixo, o participante 14 tem um perfil mais elevado, sendo tendo uma activação de EDA mais baixa apenas na escala F. Podemos verificar, assim, que o participante 14 apresenta um nível de activação mais baixo na escala F, comparando com os grupos normal e clínico/forense, baixo nas escalas Fb, Fp e L, à semelhança de ambos os grupos e marcadamente mais elevado do que os grupos normal e clínico/forense nas escalas K e S.

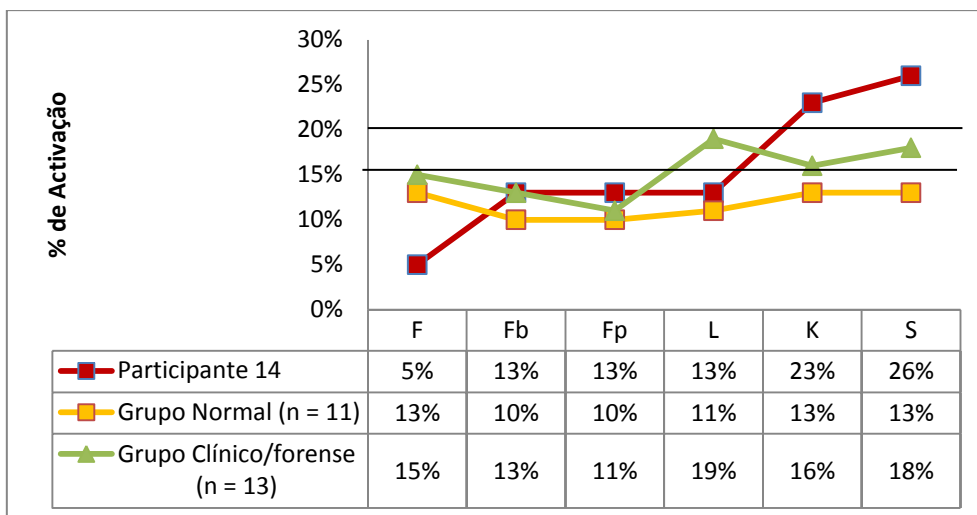


FIGURA 3.– Representação Gráfica do perfil de EDA dos grupos clínico/forense, normal e do participante 14 nas escalas de validade do MMPI-2

Analizando, agora, o comportamento dos dois participantes no MMPI-2 nas escalas de validade, verifica-se que uma relativa proximidade dos resultados *T* (ver Figura 4). O participante 14 apresentou resultados mais elevados na generalidade das escalas, excepto na escala K onde os seus resultados são inferiores aos do participante 1. Verifica-se, assim, que os participantes deste grupo de faking ‘não clássico’ apresentam um padrão de resposta relativamente simétrico no que às escalas de validade se refere.

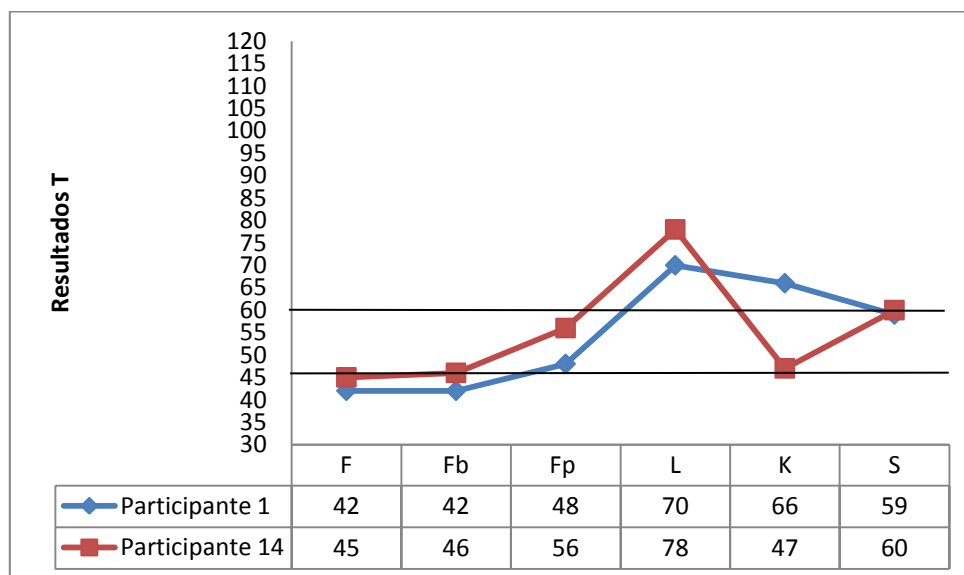


FIGURA 4.– Resultados *T* dos participantes do grupo *faking* ‘não clássico’ nas escalas de validade do MMPI-2

Contrastando os perfis de activação de EDA associados às respostas nos itens das escalas de validade, é de assinalar que ambos os participantes têm em comum uma

activação transversalmente baixa, *i.e.*, inferior a 15%, com excepção em dois picos, nas escalas K e S, no caso do participante 14 (ver Figura 5).

Contudo, há diferenças no nível de activação dos dois participantes em análise. O participante 14 tem um nível de activação global mais elevado, o que segue o comportamento observado anteriormente no grupo clínico/forense que constitui o seu contexto de proveniência.

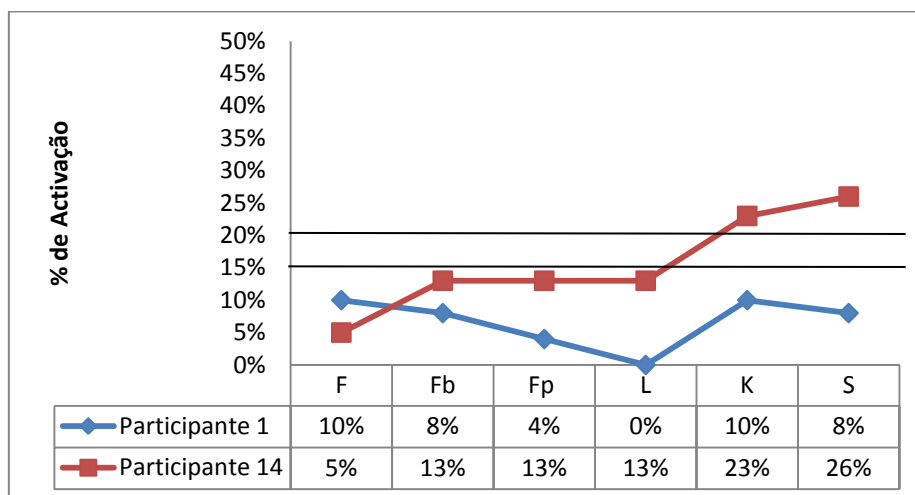


FIGURA 5.– Representação gráfica do perfil de activação de EDA nas escalas de validade dos participantes do grupo *faking good* ‘não clássico’

Centrando a análise nas escalas clínicas, a comparação dos perfis de resultados *T* dos participantes 1 e 14 permitiu verificar que ambos os perfis se situam na mesma faixa de resultados [*T* 35 a *T* 64]. Contudo, o perfil do participante 1 mostrou-se mais elevado, ultrapassado pelo participante 14 apenas na escala *Mf* (ver Figura 6).

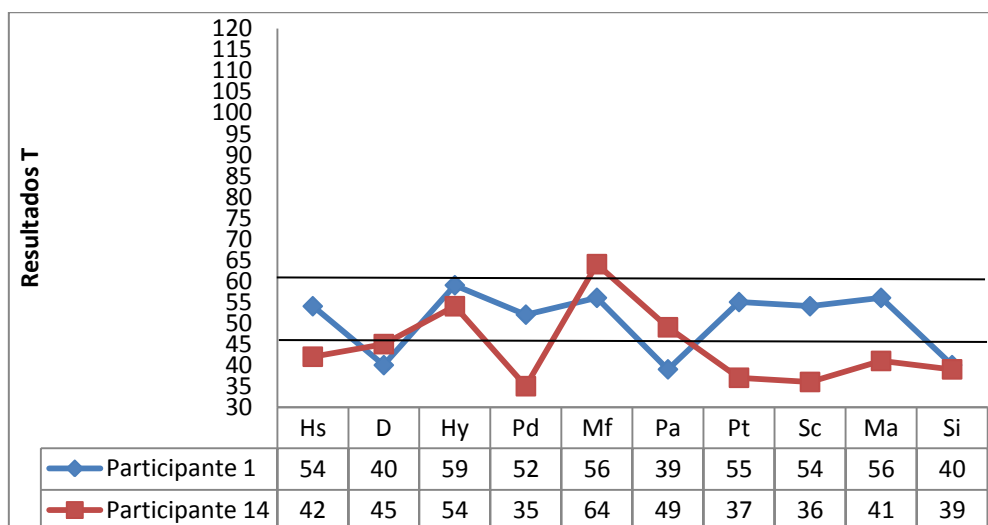


FIGURA 6.– Representação gráfica do perfil clínico dos participantes do grupo *faking good* ‘não clássico’

O perfil de activação de EDA dos participantes do grupo em análise nas escalas clínicas, apresentado na Figura 7, permite observar uma para a semelhança nos perfis de activação, sendo que todas as escalas seguem a mesma direcção (elevação ou descida), à excepção da escala Mf, onde o participante 1 tem uma descida marcada na activação e o participante 14 tem uma ligeira subida, o que é concordante com a tendência observada no perfil de resultados *T* dos participantes. A escala que regista um nível de activação mais elevado é, no caso de ambos os participantes, a escala Ma. Novamente é de notar que, apesar de semelhantes, o perfil de activação do participante 14 se destaca por ser transversalmente mais elevado, o que vai de acordo com o comportamento do seu contexto de proveniência, o contexto clínico/forense.

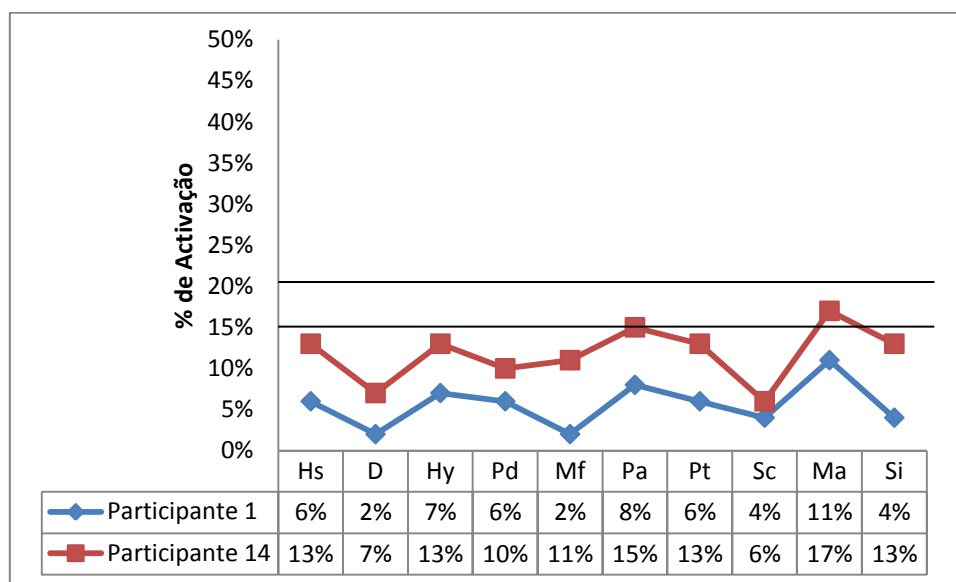


FIGURA 7.— Representação gráfica do perfil de activação de EDA nas escalas clínicas dos participantes do grupo *faking good* ‘não clássico’

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo visou, em primeiro lugar, a identificação e a categorização dos perfis de *faking good* no MMPI-2. O *faking* observado foi no sentido de os participantes tentarem dar uma melhor imagem de si, motivados pelos ganhos decorrentes dos resultados da avaliação, o que vai na linha dos estudos de Robie, Brown e Beaty (2007). A configuração das escalas de validade (elevação nas escalas L, K e S) verificada nos casos de *faking good* vai ao encontro aos estudos de Graham, Watts e Timbrook (1991), Bagby, Rogers, Buis e Kalembo (1994), Baer, Wetter, Nichols, Greene e Berry (1995) e Bagby, Buis, Nichols, Rector, Rogers e Seeman (1997). Das escalas clínicas, a escala Hs mostrou, como esperado (Greene, 2000; Graham, 2000) um grande poder discriminativo dos perfis de *faking good*. Na medida em que o presente estudo trata apenas o *faking good*, este será abreviadamente referido como *faking*.

A tendência de *faking* ocorreu, no nosso estudo, quer por parte dos participantes provenientes do grupo clínico/forense quer do normal. Se no primeiro caso tal era o esperado, já no segundo não o era, pois não se supunham motivações para a distorção de resposta.

O estudo do comportamento de *faking good* contou com o registo, momento a momento, de medidas fisiológicas, nomeadamente da resposta de EDA. Estes registos tiveram como objectivo dar um retrato do comportamento activação fisiológica dos participantes, particularmente dos participantes de *faking good*.

A resposta de EDA é elicitada por estímulos novos, complexos, intensos, emocionalmente activadores ou com significado pessoal, pelo que era esperado que a atitude de *faking good* fosse caracterizada por alterações no comportamento de EDA (activações). O estudo de Courtney, Dawson e Schell (2011) mostrou que, quando um indivíduo considera que uma tomada de decisão pode ter consequências para si, evidencia uma resposta de EDA que a antecipa, reflectindo a expectativa consciente das possíveis consequências de tal decisão. Relacionando estes dados com a resposta ao MMPI-2 e assumindo que esta pressupõe uma motivação relacionada com as consequências da avaliação psicológica, era de esperar, no nosso estudo, que os participantes identificassem as possíveis consequências das suas respostas aos itens do teste, o que elicitaria uma resposta de EDA.

Contudo, verificou-se um valor reduzido de activações de EDA ao longo do teste, em média 15% por participante. Este resultado indica, com clareza, que as

activações não são uma trivialidade, pelo que quando ocorrem assumem uma grande importância.

Uma particularidade interessante em relação a esta pequena percentagem de activação diz respeito ao facto de os itens com maior frequência de activação (itens activados em mais de 20% dos participantes) corresponderem, em 65% dos casos, aos itens com tempo de resposta mais longo. Nos restantes 35% dos itens, verificou-se também a ocorrência de activações, embora em número menos expressivo. Este resultado de activação pode ser explicado no âmbito de um processamento de informação, *i.e.*, um tempo longo de resposta estará associado a um processamento mais longo de informação ou a um processamento de mais informação, o que se terá desencadeado uma maior activação.

Um processamento mais longo da informação poderá dever-se a vários factores nomeadamente ao significado pessoal do conteúdo específico dos itens, que leva naturalmente a maior reflexão sobre eles, ou a dificuldades de compreensão imediata dos itens. Já o processamento de mais informação pode ter na base a tentativa consciente de distorção de resposta visto que implica não só o processamento normal do conteúdo dos itens, mas também uma análise das implicações das respostas para o processo de avaliação. Ellington (2012) refere que o processo de distorção de resposta envolve três tipos de julgamento – expectativa, valência e instrumentalidade, o que implicará o processamento de mais informação.

Considerando agora o comportamento do EDA em diferentes grupos, verificou-se que a sua frequência de activação no conjunto dos itens do teste é superior em 36% no grupo clínico/forense face ao grupo normal, valor que aumenta ligeiramente nas activações em itens de validade. Uma possível explicação para esta diferença prende-se com a condição clínica dos participantes. Em primeiro lugar, os participantes no grupo clínico/forense estarão mais envolvidos na situação de avaliação, o que levará a uma maior reflexão sobre os itens do teste e, conseqüentemente, a um processamento mais longo da informação o que se manifestará em mais activações de EDA durante o teste. Por outro lado, na medida em que este inventário contém itens de conteúdo referente a sintomas e experiências psicopatológicas, existirá uma maior identificação com o conteúdo destes itens. Esta explicação toma particular importância no conjunto dos itens de validade, na medida em que deles fazem parte as escalas F, Fb e Fp que visam, além de avaliar a validade das repostas, avaliar a presença de sintomas psicopatológicos, pelo

que é esperado que o grupo clínico/forense tenha maior activação relativamente ao grupo normal.

Na análise dos itens onde os participantes tiveram uma activação de EDA de grau mais elevado, designados como itens intensos, não existem diferenças assinaláveis entre os dois grupos normal e clínico/forense. Isto poderá ter a ver com o facto de, apesar de se verificar uma maior frequência de activação de EDA no conjunto dos itens do MMPI-2 no grupo clínico/forense, esta diferença não se manifesta no grau de intensidade da activação pelo facto de haver apenas uma identificação e reflexão breve sobre os itens, e não uma tomada de decisão complexa, pelo que o nível médio do grau de activação não se eleva em relação ao grupo normal.

Tomando como referencial o facto de a condição clínica contribuir para aumentar a activação dos participantes, seria expectável que essa influência se manifestasse no tempo total de resposta ao MMPI-2 por parte do grupo clínico/forense na medida em que o maior comprometimento com a tarefa implica maior reflexão sobre os itens. Faz sentido lembrar que, neste grupo, mesmo que a motivação para a distorção de resposta esteja ausente na maioria dos casos, existem motivações associadas à avaliação psicológica, bem como ganhos decorrentes desta. Verificou-se, de facto, um acréscimo de 30% no tempo total de resposta ao teste no grupo clínico/forense face ao grupo normal. No que respeita ao tempo médio de resposta ao item, a diferença entre os grupos diminui para 17%. Esta diminuição poderá ser explicada se pensarmos que, apesar das motivações dos participantes deste grupo, ele é, na sua maioria, composto por participantes honestos (10/13).

Assim, embora os participantes reflectam sobre o significado pessoal do conteúdo dos itens, a resposta é honesta, sem distorção, pelo que não há um gasto de tempo adicional a reflectir sobre a forma mais aceitável de responder, logo o tempo médio de resposta a cada item acaba por ser menos diferenciado relativamente ao grupo normal.

O passo seguinte na análise dos resultados visou as diferenças entre os grupos com e sem indicadores de *faking good*. Aqui, os resultados vão, na sua maioria, de acordo com o descrito na literatura, tendo-se verificado diferenças entre os dois grupos em alguns indicadores estudados. Mas detalhemos. Na activação de EDA não se verificaram diferenças relevantes, quer quando se considera o conjunto dos itens do teste, quer quando se considera apenas os de validade.

Embora pareça contraditório, este resultado tem sentido se considerarmos que o grupo de não *faking* engloba o grupo clínico/forense e o grupo normal. Como verificámos anteriormente, o grupo clínico/forense tende a activar mais, pela que na comparação entre os dois grupos, a condição clínica poderá mascarar os resultados, atenuando as diferenças expectáveis entre *faking* e não *faking*. Além disto, o teste engloba também itens anódinos, onde os participantes de *faking* não encontram perigo para os seus objectivos e respondem de forma honesta, não registando activação. No que respeita ao conjunto de itens de validade, é também expectável que não se verifiquem diferenças relevantes na medida em que estes englobam escalas de patologia, onde a resposta se espera rápida na medida em que haverá uma negação de sintomas de patologia por parte deste grupo, mas também as escalas L, K e S, onde se espera mais activações por parte dos participantes em *faking good*. Assim, proceder a análises globais com itens ou escalas de natureza muito diferenciada, não se afigura uma estratégia adequada na discriminação do comportamento de activação dos participantes em condição de *faking good*.

Considerando a frequência de activações intensas no conjunto dos itens do teste, verificou-se que o grupo de *faking* teve uma frequência de activações intensas 15% superior. Este resultado parece sugerir que este grupo tem activações ligeiramente mais intensas, diferença que poderá dever-se ao facto de alguns itens não serem de descodificação tão rápida, o que faz com que os participantes tenham que reflectir mais alongadamente sobre o seu significado, antes de darem uma resposta de acordo com os seus objectivos.

Já nas análises do tempo total de resposta ao teste, eram esperadas diferenças expressivas entre os grupos de *faking* e não *faking*, na linha do estudo de Robie, Brown e Beaty (2007) que demonstrou que os indivíduos com resposta honesta demoram menos tempo a responder aos inventários de personalidade. No nosso estudo, as diferenças vão nesse sentido, com o grupo de *faking* a acrescer 33% no tempo total de teste e no tempo médio de resposta ao item. Esta ideia é concordante com a referência de Ellingson (2012) à complexidade da decisão de distorcer as respostas e ao consequente aumento do tempo de resposta.

Seguidamente, o estudo visou a análise dos resultados do MMPI-2 e do EDA nos casos de *faking good*. Nesta análise, salta à vista que o comportamento dos participantes de *faking* não é homogéneo. Nas análises mais gerais entre os grupos de *faking* e não *faking*, as médias ficam comprometidas pelo cômputo de valores extremos.

O participante de *faking* no grupo normal tem um comportamento no sentido oposto ao dos participantes de *faking* no grupo clínico/forense e do esperado pelos dados da literatura. Na análise intra-participante, verifica-se que esta situação acontece também com um dos participantes do grupo clínico/forense. Assim, a análise do grupo de *faking* torna-se essencial no sentido de encontrar padrões de comportamento.

Verificou-se que os participantes 1 e 14 apresentam um padrão semelhante entre si e diferenciado dos outros participantes do grupo de *faking*, observável ao nível dos resultados *T* do MMPI-2 nas escalas clínicas e de validade, no comportamento de resposta de EDA e no tempo de resposta, o que levou à diferenciação e subsequente análise deste grupo. Desta forma, as diferenças observadas levaram a uma subdivisão no grupo de *faking*, em que se distinguem os participantes 12 e 13 como grupo de *faking good* ‘clássico’ – assim designado por ter resultados que vão de encontro aos dados da literatura – e os participantes 1 e 14 como grupo de *faking good* ‘não clássico’ – assim designado pelo facto dos resultados diferirem do que é expectável a partir da literatura.

Numa análise mais detalhada dos participantes que constituem o grupo de *faking good* ‘não clássico’ verificam-se importantes diferenças em todas as análises efectuadas, sendo que este grupo teve sempre valores inferiores relativamente ao tempo de teste e à activação de EDA: tempos de resposta ao teste, em 100%; tempo médio por item, em 120%; activação total, em 38%; activação dos itens de validade, em 25%; activações intensas, em 50%. O comportamento deste subgrupo vai no sentido oposto ao esperado pela literatura. Observado o comportamento de EDA destes participantes, verificam-se diferenças também relativamente aos grupos normal e clínico/forense.

Verificamos então que os participantes do grupo *faking good* ‘não clássico’ são rápidos, pouco reactivos ao conteúdos dos itens e com uma atitude geral que não aponta para o *faking*, não fossem os resultados *T* indicar a presença deste. Como explicar isto?

Paulhus (1984; 1997; Paulhus & John, 1998) conceptualiza a desejabilidade social como constituída por duas tendências distintas mas interligadas: o *self-deception* e o *impression management*. Se o primeiro factor é uma característica de personalidade transversal a todas as situações e correlacionada com conceitos adaptativos como o ajustamento, a auto-estima ou o sentido geral de capacidade dos indivíduos, o *impression management* diz respeito a uma intenção consciente de dirigir as respostas de forma a criar uma imagem mais positiva de si, intenção que pode ser motivada por varias razões, nomeadamente pela situação de avaliação, correspondendo, neste caso, a *faking good*. Estas tendências de resposta são visíveis no MMPI-2, sobretudo nos

resultados das escalas L (*impression management*) e das K e S (*self-deception*). Assim, numa análise directa, poderíamos considerar que o participante 1 tem um comportamento que se inscreve numa tendência de *self-deception* e o participante 14 numa tendência de *impression management*, até porque o participante 1 realizou o MMPI-2 apenas como colaborador no estudo e consciente do anonimato dos dados, pelo que não teria, em princípio, uma motivação directa para o comportamento de *faking good*.

No entanto, a diferença marcada do tempo de resposta ao teste do participante 14, parece apontar para uma tendência também para o *self-deception*, como característica da sua personalidade, na medida em que, como anteriormente discutido, a distorção de resposta implica tempo, pois exige a adequação das respostas a um referencial externo. Desta forma, a rapidez de resposta deste participante associada a indicadores de *faking good* no MMPI-2, parece apontar para a presença de *self-deception*.

Deste modo, uma possível explicação para as particularidades destes dois participantes nos resultados observados podem ser estas tendências de personalidade. O *self-deception*, como tendência mais integrada na personalidade, pode fazer com que as respostas dadas sejam um reflexo da forma como o indivíduo se vê a si mesmo. Assim, serão respostas mais espontâneas que, apesar de detectadas pelo MMPI-2 como *faking*, não obrigam a um processamento de tanta informação, pelo que haverá menor activação e menor tempo de resposta.

No mesmo sentido, também Rogers (2008) refere que alguns indivíduos podem estar predispostos a distorcer as suas respostas por traços de personalidade. No entanto, o autor alerta para a importância de não considerar os estilos de resposta como atributos intrínsecos, devido ao seu potencial de mudança, de acordo com os objectivos e circunstâncias dos indivíduos. Esta ideia deu-nos pistas na compreensão da diversidade de comportamentos dos participantes do grupo *faking good* ‘não clássico’ e do participante 1, em particular, pelo facto de não existirem objectivos identificados que motivassem uma distorção de resposta.

6. CONCLUSÕES

A avaliação da personalidade é uma área transversal a toda a psicologia, pela sua utilidade nos diversos contextos. Apesar das restrições económicas e temporais impostas à avaliação, 19% dos psicólogos utiliza cerca de cinco horas semanais em avaliação, sendo que mais de um terço destas são para avaliação da personalidade (Camara et al, 2000; cit. por Archer & Smith, 2008). Por esta razão, a confiança nos resultados dos instrumentos é fundamental para os psicólogos. O MMPI-2 é um instrumento que visa, com as suas escalas de validade, contribuir claramente para detectar e objectivar diversas tendências de resposta, designadamente o *faking good*.

Os estudos sobre as escalas de validade do MMPI-2 têm fornecido evidências importantes sobre a sensibilidade das escalas na detecção de tendências de resposta. No entanto, estes estudos têm sido realizados sobretudo em situações de simulação.

O presente estudo visou a caracterização da atitude de *faking good* em situações reais de auto-avaliação da personalidade e da psicopatologia, ampliando assim a validade ecológica dos dados. Neste sentido, seleccionaram-se contextos específicos e situações onde a aplicação do MMPI-2 fosse integrada nos processos normais de avaliação em curso. Paralelamente associou-se o registo de medidas de activação fisiológica.

Especificamente, o estudo procurou a identificação e caracterização de *faking good* no MMPI-2 e os padrões de activação específicos a si associados, em grupos provenientes de contextos de normalidade e de contextos clínico/forenses.

A primeira conclusão a apresentar é o facto de a resposta de EDA, a activação electrodérmica, ocorrer raramente e, admite-se, ter particular relevância e significado.

A análise dos resultados mostrou diferenças significativas nos padrões de activação de EDA no grupo clínico/forense, caracterizadas por uma activação mais frequente e mais intensa perante os itens do MMPI-2. Uma conclusão global a retirar destes dados é o facto de o grupo clínico/forense ter uma maior implicação com a situação de avaliação, o que leva a um processamento mais longo da informação, bem como a maior reflexão sobre o conteúdo dos itens, o que se manifesta em níveis mais elevados de activação de EDA.

Outro dado importante a reter relaciona-se com as particularidades do comportamento de *faking good*. Os participantes que demonstraram uma atitude de teste de tipo *faking good* demonstraram, globalmente, o padrão de activação mais frequente e intenso de toda a amostra. Este resultado sugere que a atitude de *faking good* obriga os

participantes a uma maior reflexão sobre as suas respostas, de forma a adequá-las aos seus objectivos, que neste caso passava por dar uma melhor imagem de si mesmos e se manifestou em níveis mais elevados de activação de EDA.

Conjuntamente, estes resultados mostram também uma tendência de aumento dos níveis de EDA, dependente da condição clínica e da atitude de *faking good*, sendo que os participantes de ambas as condições apresentam os níveis mais elevados de activação de EDA.

Um outro dado relevante do estudo foram as particularidades observadas no grupo de participantes de *faking good*, o que permitiu a diferenciação de dois subgrupos. E se um dos subgrupos teve o comportamento esperado, pelos dados da literatura, para o *faking*, o outro teve um comportamento oposto ao esperado. Este subgrupo, com um participante proveniente do contexto normal e o outro do contexto clínico/forense, teve um tempo de resposta tão curto como os participantes do contexto de normalidade, *i.e.*, sem perturbação clínica e sem *faking good* e um nível global de activação transversalmente mais baixo do que os participantes dos seus grupos de pertença. A análise das particularidades deste grupo permitiu concluir que estes participantes demonstram as características de desejabilidade social descritas por Paulhus (1984; 1997; Paulhus & John, 1998) de *self-deception* e *impression management*. Seria de esperar que o participante clínico demonstrasse apenas características de tipo *impression management*, pelo facto de estar numa situação real de avaliação e tal envolver ganhos e perdas e portanto uma motivação para o *faking*. Contudo, o baixo nível de EDA e o rápido tempo de resposta demonstram que não existiu muita reflexão no sentido de adequar as suas respostas aos seus objectivos. Dito de outro modo, a resposta ao MMPI-2 foi relativamente espontânea, o que aponta para que este participante possua algumas características de personalidade de tipo *self-deception*.

Apesar dos dados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra dificulta a possibilidade de generalização dos resultados, e dá apenas importantes pistas a explorar em futuros trabalhos. Outra limitação importante tem a ver com o carácter exploratório do estudo pelo que, em grande parte, as hipóteses explicativas do comportamento se inserem num universo de justificações possíveis para os resultados observados. No entanto, de acordo com o estado da arte do tema em estudo, estas parecem-nos as explicações que mais se adequam aos participantes e às condições observadas.

Finalmente, uma outra limitação do estudo diz respeito à metodologia de recolha de dados. Em primeiro lugar, a artificialidade imposta pelo recurso à tecnologia, nomeadamente no uso de eléctrodos e cabos para registo dos sinais fisiológicos. Apesar de esta interferência ter sido reduzida, na medida em que eléctrodos utilizados eram de tamanho reduzido e colocados apenas na palma da mão não dominante, a situação de relação com o teste está naturalmente alterada. Em segundo lugar, a ocorrência de interferências externas no decurso da aplicação não é controlável, embora tenha havido o máximo esforço no sentido de criar um ambiente neutro, sem distrações ou interferências, não houve forma de medir o impacto de eventuais pequenas interferências na captação ou registo dos dados fisiológicos.

Contudo, o presente estudo representa um avanço na exploração desta temática e permite assinalar caminhos futuros de investigação. A ocorrência de *faking good* na avaliação da personalidade revela-se com uma tendência mais prevalente no contexto clínico/forense e há correlatos comportamentais associados a esse tipo de distorção de resposta que merecem ser considerados e explorados em futuros trabalhos. O tempo de resposta ao teste é algo a considerar por quem aplica o MMPI-2. Se a condição clínica leva a aumentos no tempo médio de resposta, este afigura-se ser ainda mais pronunciado quando ocorre a atitude de *faking good*. Contudo, a ocorrência de *faking good* parece também poder estar associada a um tempo de resposta muito reduzido. Assim, o tempo de resposta ao teste constitui desde já um marcador a valorizar na análise do comportamento dos indivíduos em situação real de avaliação através do MMPI-2. Além disto, é de salientar a existência de tendências de personalidade, nomeadamente o *self-deception* e o *impression management* que, pelo facto de os indivíduos se auto-avaliarem como mais valorosos e com características muito positivas, podem motivar o *faking good* na avaliação, ou ser detectadas como *faking good* pelo MMPI-2.

Podemos ainda considerar algumas implicações para a investigação. Nesta linha de estudo seria interessante explorar amostras maiores, e onde se inserissem tendências de resposta mais diversas, como o *faking bad* ou a resposta aleatória, no sentido de estudar a manifestação desses comportamentos ao nível fisiológico e de observar mais semelhanças entre os padrões de EDA, permitindo a generalização de resultados. Outra possibilidade de investigação seria a de estudar as respostas de outros indicadores fisiológicos, como a respiração, os potenciais evocados, ou outros.

REFERÊNCIAS

- Baer, R. A., Wetter, M. W., Nichols, D. S., Greene, R., & Berry, D. R. (1995). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to underreporting of symptoms. *Psychological Assessment*, 7, 419–423.
- Bagby, R., Rogers, R., Buis, T., & Kalembo, V. (1994). Malingered and defensive response styles on the MMPI-2: An examination of validity scales. *Assessment*, 1, 31–38.
- Bagby, R., Rogers, R., Nicholson, R. A., Buis, T., Seeman, M. V., & Rector, N. A. (1997). Effectiveness of the MMPI-2 validity indicators in the detection of defensive responding in clinical and nonclinical samples. *Psychological Assessment*, 9, 406–413. doi:10.1037/1040-3590.9.4.406
- Beutler, L., Groth-Marnat, G., & Rosner, R. (2003). Introduction to integrative assessment of adult personality. In L. Beutler & G. Groth-Marnat, *Integrative Assessment of Adult Personality* (2nd Ed.) (pp. 1–37). New York, NY: Guilford Press.
- Biderman, A. D., & Zimmer, H. H. (1961). *The manipulation of human behavior*. Oxford England: Wiley.
- Buss, D. M. (1991). Evolutionary personality psychology. *Annual Review Of Psychology*, 42, 459-491.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A, Dahlstrom, W.G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY – 2): Manual for administration, scoring and interpretation, Revised Edition*. University of Minnesota Press: Minneapolis.
- Canento, F., Fred, A., Silva, H., Gamboa, H., & Lourenço, A. (2011). Multimodal Biosignal Sensor Data Handling for Emotion Recognition, *Proc IEEE Sensors*, Limerick, Ireland.

- Canento, F., Silva, H., & Fred, A. (2012). Applicability of Multi-Modal Electrophysiological Data Acquisition and Processing to Emotion Recognition. *ProcInternational Workshop on Computing Paradigms for Mental Health - MindCare*, Portugal.
- Cofer, C. N., Judson, A. J., & Weick, D. V. (1949). On the significance of the psychogalvanic response as an indicator of reaction to personality test items. *Journal Of Psychology: Interdisciplinary And Applied*, 27347–354.
- Crespo, G.S (2002). *Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del mmpi-2*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Dawson, M. E., Schell, A. M., & Courtney, C. G. (2011). The skin conductance response, anticipation, and decision-making. *Journal Of Neuroscience, Psychology, And Economics*, 4, 111–116. doi:10.1037/a0022619
- Ellingson, J. (2012). People fake only when they need to fake. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New Perspectives on Faking in Personality Assessment* (pp. 19–33). New York, NY: Oxford University Press.
- F. Canento & H. Silva, comunicação pessoal, Maio de 2012 .
- Fischer, C. T., & Finn, S. E. (2008). Developing the life meaning of psychological test data: Collaborative and therapeutic approaches. In R. P. Archer, S. R. Smith (Eds.), *Personality assessment* (pp. 379–404). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group
- Graham, J. (2000). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology* (3rd Edition). New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R., Barthlow, D. L., Stein, L. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2002). Assessing general maladjustment with the MMPI-2. *Journal Of Personality Assessment*, 78, 334–347. doi:10.1207/S15327752JPA7802_08
- Graham, J. R., Watts, D., & Timbrook, R. E. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal Of Personality Assessment*, 57, 264–277.

- Green, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretative manual (2nd ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Griffith, R., & Converse, P. (2012). The Rules of Evidence and the Prevalence of Applicant Faking. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New Perspectives on Faking in Personality Assessment* (pp. 34–52). New York, NY: Oxford University Press.
- Hall, R., & Hall, R. (2012). Plaintiffs who malingers. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New Perspectives on Faking in Personality Assessment* (pp. 255–281). New York, NY: Oxford University Press. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100507
- McAdams, D. P. (1994). Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. In T. F. Heatherton, J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 299–313). Washington, DC US: American Psychological Association.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review Of Psychology*, 61, 517–542.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128–165. doi:10.1037/0003-066X.56.2.128
- Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 17–59). San Diego, CA US: Academic Press.

- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, D. E. Wiley, H. I. Braun, D. N. Jackson, D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Paulhus, D. L., & John, O. P. (1998). Egoistic and moralistic biases in self-perception: The interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives. *Journal Of Personality*, 66, 1025–1060.
- Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2007). The self-report method. In R. W. Robins, R. Fraley, R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 224–239). New York, NY US: Guilford Press.
- Pervin, L.A. (1990). A brief history of modern personality theory. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 3–19). New York, NY: The Guilford Press.
- Robie, C., Brown, D., & Beaty, J. (2007). Do people fake on personality inventories? A verbal protocol analysis. *Journal Of Business & Psychology*, 21, 489–509. doi:10.1007/s10869-007-9038-9
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research And Practice*, 21, 182–188.
- Rogers, R. (1997). Introduction. In R. Rogers (2nd ed.), *Clinical assessment of Malingering and Deception* (pp. 1–19). New York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R., & Correa, A. A. (2008). Determinations of malingering: Evolution from case-based methods to detection strategies. *Psychiatry, Psychology And Law*, 15, 213–223.
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

- Smith, B. L. (1998). Psychological testing, psychodiagnosis, and psychotherapy. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 227–245). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Smith, S. R., & Archer, R. P. (2008). Introducing personality assessment. In R. P. Archer, S. R. Smith (Eds.), *Personality assessment* (pp. 1–35). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Steffan, J. S., Morgan, R. D., Lee, J., & Sellbom, M. (2010). A Comparative Analysis of MMPI-2 Malingering Detection Models among Inmates. *Assessment*, 17, 185–196.
- Thackray, R. I., & Orne, M. T. (1968). A comparison of physiological indices in detection of deception. *Psychophysiology*, 4, 219–339.
- Walters, G. D., Rogers, R., Berry, D. R., Miller, H. A., Duncan, S. A., McCusker, P. J., & Granacher, R. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: The latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *Psychological Assessment*, 20, 238–247. doi:10.1037/1040-3590.20.3.238
- Ward, R.D., Marsden, P.H., Cahill, B., & Johnson, C. (2002). Physiological Responses to Well-Designed and Poorly Designed Interfaces. In Proceedings of CHI 2002 Workshop on Physiological Computing. Minneapolis, MN, USA.

ANEXO A– DESCRIÇÃO DAS ESCALAS DO MMPI-2

Quadro A.1– Escalas Clínicas base do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas		Dimensões Avaliadas
Hipocondria (Hs)	32 itens	Preocupação excessiva com o funcionamento do organismo; queixas somáticas vagas.
Depressão (D)	57 itens	Sintomatologia depressiva (desânimo, desesperança, tristeza, desinteresse e lentidão psicomotora).
Histeria (Hy)	60 itens	Reacções histéricas face ao <i>stress</i> ; negação de sintomas da saúde física; negação de problemas psicológicos e emocionais
Desvio Psicopático (Pd)	50 itens	Comportamentos anti-sociais, impulsividade; hostilidade; desrespeito por normas sociais e pela autoridade.
Masculinidade -Feminilidade (Mf)	56 itens	Adaptação aos papéis relacionados com o género.
Paranóia (Pa)	40 itens	Pensamento paranóide; Hipersensibilidade à crítica, acentuado egocentrismo; cinismo; moralismo.
Psicastenia (Pt)	48 itens	Sintomas, comportamentos e pensamentos obsessivos; compulsões e medos irracionais.
Esquizofrenia (Sc)	78 itens	Sintomas psicóticos; alienação social; distância afectiva; dificuldade no controlo dos impulsos.
Hipomania (Ma)	46 itens	Sintomas hipomaníacos, labilidade do humor, discurso e actividade motora aceleradas).
Introversão social (Si)	70 itens	Evitamento de contactos e responsabilidades sociais.

ANEXO B – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Quadro B.1.– Dados Sociodemográficos por Participante e por Grupo

Participante	Sexo	Idade	Área de Residência	Estado Civil	Escolaridade	Situação face à vida Activa
GRUPO NORMAL						
1	M	27	Lisboa	União de Facto	12º Ano	Empregado
2	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
3	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
4	F	20	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
5	M	26	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
6	M	26	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
7	F	19	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
8	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
9	F	19	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
10	F	26	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Desempregado
11	F	24	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
GRUPO CLINICO/FORENSE						
12	M	44	Pinhal Novo	Divorciado	2ª ciclo	–
13	F	44	Sesimbra	Divorciado	3º Ciclo	–
14	M	42	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
15	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
16	F	31	Setúbal	Divorciado	Licenciatura	–
17	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
18	M	36	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Estudante
19	F	31	Lisboa	União de Facto	12º Ano	Empregado
20	M	28	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
21	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
22	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
23	F	50	Lisboa	Divorciado	12º Ano	Desempregado
24	F	29	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Empregado

Nota. – = Sem dados

ANEXO C – MANUAL DE PROCEDIMENTOS DA SESSÃO DE APLICAÇÃO DO MMPI-2 COM REGISTO DE MEDIDAS FISIOLÓGICAS

SESSÃO DE APLICAÇÃO

PREPARAÇÃO DA SESSÃO

- *bioPLUX* –
 - Ligar o aparelho (colocar o interruptor no ON)
 - Colocar o sensor EDA na entrada 1
 - Colocar o sensor de toque na entrada I/O
 - Colocar a *pen* no computador
- A sala é preparada com três cadeiras¹ e uma mesa ampla, organizada de modo a que o examinador fique frente a frente com o participante, tendo ao seu lado o observador. O computador deve estar colocado de frente para o observador.
- O participante deve ter a mão em que está colocado o aparelho quieta, apoiada na almofada durante todos os momentos de teste. O observador deve estar atento a este aspecto, para impedir erros de leitura do aparelho.

1º - INÍCIO DA SESSÃO

- Dar informação sobre o estudo e solicitar o consentimento dos participantes
- Após participante, examinador e observador estarem instalados, agradecer a colaboração, explicar que a realização envolve 60 a 75 minutos e solicitar ao participante que desligue o telemóvel para não surgirem interrupções.
- Explicar brevemente o que se vai passar.

‘Peço a sua atenção para as indicações que lhe vou dar. Vou pedir-lhe para responder a um inventário composto por um conjunto de frases; elas são muitas, mas são simples e penso que não vai ter dificuldades. Todos os dados recolhidos são confidenciais e peço-lhe que seja espontâneo(a) nas suas respostas. Esta aplicação tem uma característica particular, o facto de estar ligado a este aparelho, mas isso não deve incomodar a realização normal do teste. Vamos começar’.

2º - FASE DE RESPOSTA AO INVENTÁRIO

Colocar diante do participante os cartões e as caixas para as respostas (verdadeira e falsa) e dizer:

‘Estes cartões constituem um conjunto de frases numeradas. Vai ler cada uma delas e decidir se é Verdadeira ou Falsa em relação a si. Se a frase for verdadeira, ou a maior parte das vezes verdadeira em relação a si, deverá colocar o cartão na caixa VERDADEIRO. Se a frase for falsa, ou a maior parte das vezes não verdadeira, em relação a si, coloca na caixa FALSO. Se a frase não se aplicar a si, deve colocar o cartão de lado. Deve tentar dar uma resposta a todas as frases. O importante é a sua opinião sobre si próprio(a).

Vamos ver um exemplo: Frase 1: ‘Gosto de revistas de mecânica.’ Se ‘Gosto de revistas de mecânica’ é Verdadeiro para si, vai fazer colocar neste caixa (exemplificar); se ‘Gosto de revistas de mecânica’ é Falso para si, então colocará nesta caixa (exemplificar). Se se enganar, pode recolocar na caixa correcta. [voltar a colocar o cartão na caixa].

Frase 33: ‘É raro preocupar-me com a minha saúde.’ Se ‘É raro preocupar-me com a minha saúde’ é Verdadeiro para si, vai fazer colocar neste caixa (exemplificar); se ‘É raro preocupar-me com a minha saúde’ é Falso para si, então colocará nesta caixa (exemplificar). Se se enganar, pode recolocar na caixa correcta. [voltar a colocar o cartão na caixa]. Tem alguma dúvida?’

Durante a aplicação (100 em 100 itens), faremos pequenas pausas para facilitar o registo das respostas.’

De seguida, dizer:

‘Vamos agora colocar este pequeno sensor. É destro ou esquerdino? Peço-lhe que retire os ³adereços na mão do aparelho’

LIGAR O APARELHO [ver notas complementares]

‘Deve tentar manter a mão o mais estável possível durante a resposta ao teste. Agora, vou fazer-lhe duas perguntas para testar o aparelho.’

(clicar) Q1 – ‘Qual a sua nacionalidade?’ (clicar após a resposta) Q2 – ‘Seria capaz de matar uma pessoa por dinheiro?’ (clicar. pausa para normalizar a actividade autonómica)

‘Obrigada. Vamos agora dar início ao teste. Lembre-se que deve tentar responder a todas as frases e dar as suas respostas de modo espontâneo. Peço-lhe ainda, para um registo o mais exacto possível, para não interagir comigo ou com o/a colega durante o tempo em que

¹Nota. O observador em sala tem a tarefa de acompanhar toda a sessão, fazer um registo pormenorizado de eventuais anomalias e fazer o registo da sincronização entre tempo e item, de 20 em 20 itens. Não estabelece interacção com o examinador e participante durante toda a sessão.

estiver a responder. Durante as pausas, terá oportunidade para colocar todas as suas dúvidas.’

3º - FINAL DA SESSÃO

Após a conclusão da tarefa, foram colocadas algumas breves questões, que não foram alvo deste estudo.

Agradecer a participação e valorizar o contributo para o estudo.

NOTAS COMPLEMENTARES PARA EXAMINADORES

- Ligar o sensor EDA na palma da mão não dominante (um em cada extremidade palmar).
- Abrir o programa no computador
- Clicar 2 vezes no *new*, (canto superior esquerdo)
- Clicar em *Window* e em seguida *Tile* para obter as duas leituras no ecrã
- Clicar em *play* para começar o registo
 - Garantir que os dois sensores estão a funcionar correctamente (as leituras devem surgir no ecrã: EDA- linha contínua com alterações ligeiras; Sensor de toque – elevação rectangular no ecrã)
- De 100 em 100 itens, fazer uma pausa (premir duas vezes o sensor de toque no fim da última resposta da série), substituir pelos cartões da sequência seguinte e perguntar se existe alguma dúvida. As pausas não inferiores a 3 minutos [cronometrados pelo observador]. De forma a aumentar a concentração, a cada pausa o examinador deve alternar a mão que usa para premir o sensor de toque.
- Após o último item de cada serie (itens 100, 200, 300, 400 e 500), o examinador deverá fazer um duplo clique de forma a assinalar o início de cada pausa

Eventuais erros e procedimentos a seguir:

E1 – O aparelho teve um erro e parou o registo de alguns dos sinais/do sensor de toque.

P1 – Parar, premir o sensor de toque, corrigir o erro no *software* e recomeçar o teste. [o observador deve registar o momento e características do erro]

E2 – O participante interrompe o teste com uma questão, fora dos períodos de pausa.

P2 – O examinador deve dar uma resposta longa e pausada, estendendo o tempo de resposta num mínimo de 120 segundos (sinal de erro para efeito de análise de dados). No final da resposta, premir o sensor no momento em que o participante recomeçar o teste.

ANEXO D – RESULTADOS NAS ESCALAS DE VALIDADE E CLÍNICAS DO MMPI-2

Quadro D.1.– Resultados dos participantes nas escalas de validade do MMPI-2

	VRIN	TRIN	F	Fb	Fp	L	K	S
Grupo Normal Com Faking								
1	46	50	42	42	48	70	66	59
Grupo Normal Sem Faking								
2	65	79	55	63	48	52	47	45
3	74	58	51	50	49	47	41	40
4	62	73	58	58	41	52	50	43
5	57	50	48	42	41	48	54	53
6	50	57	61	46	56	48	39	32
7	62	65	82	62	65	42	35	40
8	62	58	44	46	41	57	56	52
9	58	58	75	54	73	57	46	41
10	62	50	61	50	41	38	43	35
11	62	65	82	70	89	47	32	31
Grupo Clínico/forense Com Faking								
12	42	79	70	67	106	83	49	48
13	54	73	51	46	81	86	63	70
14	61	65	45	46	56	78	47	60
Grupo Clínico/forense Sem Faking								
15	38	58	72	62	49	66	37	31
16	50	58	51	42	49	57	52	47
17	57	78	58	46	63	56	58	51
18	65	57	58	63	41	39	41	38
19	62	80	65	54	57	42	35	34
20	54	50	48	55	56	39	51	37
21	46	65	79	96	70	43	37	33
22	50	65	89	62	73	47	43	33
23	66	58	82	93	89	47	32	33
24	54	50	6	74	57	62	35	33

Nota. Valores expressos em Resultados *T*.

Quadro D.2 – Resultados dos participantes nas escalas de validade e clínicas do MMPI-2 ($N = 24$)

	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Grupo Normal										
Com Faking										
1	54	40	59	52	56	39	55	54	56	40
Grupo Normal										
Sem Faking										
2	51	59	50	72	54	68	66	60	65	46
3	43	62	35	49	52	34	57	46	45	63
4	61	47	45	58	52	39	49	50	59	48
5	62	64	57	57	46	46	57	51	65	46
6	59	62	50	44	50	39	39	49	59	48
7	56	64	58	47	47	59	61	67	56	45
8	61	62	56	47	55	39	64	62	62	44
9	65	62	68	76	43	78	57	78	71	45
10	56	55	65	81	52	63	64	65	56	51
11	63	57	65	73	65	52	57	67	74	49
Grupo Clínico/forense										
Com Faking										
12	39	57	38	48	48	49	45	56	53	46
13	51	53	54	55	57	59	49	53	59	43
14	42	45	54	35	64	49	37	36	41	39
Grupo Clínico/forense										
Sem Faking										
15	73	81	58	53	55	52	62	63	56	66
16	49	64	56	53	40	45	49	44	41	56
17	79	78	74	64	62	61	72	70	51	68
18	48	78	57	69	56	86	83	70	41	68
19	61	62	70	58	52	52	55	53	59	44
20	45	61	38	62	68	39	68	67	53	59
21	59	78	66	92	74	90	87	89	62	64
22	56	70	58	84	69	63	61	82	65	47
23	67	77	77	84	50	70	77	87	82	65
24	71	79	68	71	55	70	66	67	53	66

Nota. Valores expressos em Resultados T.

ANEXO E – RESPOSTAS DE EDA ASSOCIADAS ÀS ESCALAS DO MMPI-2 POR PARTICIPANTE

Quadro E.1 – Escalas de Validade do MMPI-2: Percentagem do número de itens activados no EDA por escala ($N = 23$)

	F	Fb	Fp	L	K	S
Grupo Normal						
Com <i>Faking</i>						
1	10%	8%	4%	0%	10%	8%
Grupo Normal						
Sem <i>Faking</i>						
2	20%	5%	7%	7%	17%	12%
3	.	.	.	.	.	.
4	13%	8%	4%	33%	13%	16%
5	12%	5%	4%	7%	10%	14%
6	8%	20%	7%	7%	17%	10%
7	12%	7%	8%	0%	0%	7%
8	13%	23%	22%	13%	10%	18%
9	15%	5%	11%	0%	13%	10%
10	10%	10%	15%	7%	23%	16%
11	13%	5%	11%	27%	10%	10%
Grupo						
Clínico/forense						
Com <i>Faking</i>						
12	12%	13%	11%	13%	20%	20%
13	18%	11%	22%	27%	14%	33%
14	5%	13%	13%	13%	23%	26%
Grupo						
Clínico/forense						
Sem <i>Faking</i>						
15	5%	3%	0%	13%	10%	8%
16	8%	0%	4%	27%	10%	6%
17	25%	18%	11%	40%	37%	38%
18	15%	20%	11%	7%	20%	16%
19	17%	15%	15%	13%	10%	12%
20	18%	10%	22%	27%	7%	14%
21	12%	18%	4%	13%	13%	26%
22	25%	18%	26%	13%	27%	26%
23	15%	18%	11%	0%	13%	30%
24	10%	6%	7%	40%	13%	8%

Nota. A percentagem de activação por escala foi calculada tendo por referência o número de itens da respectiva escala.

Quadro E.2 – Resultados de activação de EDA nas escalas clínicas do MMPI-2 (N = 23)

	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Grupo Normal Com Faking										
1	6%	2%	7%	6%	2%	8%	6%	4%	11%	4%
Grupo Normal Sem Faking										
2	19%	12%	25%	16%	18%	15%	8%	13%	19%	13%
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	13%	16%	17%	16%	14%	13%	6%	14%	20%	3%
5	13%	9%	12%	10%	13%	13%	19%	14%	17%	12%
6	28%	16%	22%	14%	18%	5%	10%	21%	17%	19%
7	16%	12%	10%	7%	9%	8%	15%	13%	2%	9%
8	13%	14%	20%	16%	20%	28%	19%	21%	11%	14%
9	3%	9%	10%	18%	16%	8%	6%	15%	17%	4%
10	16%	18%	17%	12%	16%	15%	13%	15%	24%	15%
11	16%	7%	15%	10%	13%	18%	15%	17%	9%	6%
Grupo Clínico/forens e Com Faking										
12	25%	19%	18%	20%	21%	23%	10%	15%	26%	25%
13	19%	21%	25%	20%	27%	26%	13%	19%	43%	37%
14	13%	7%	13%	10%	11%	15%	13%	6%	17%	13%
Grupo Clínico/forens e Sem Faking										
15	13%	5%	17%	14%	8%	15%	8%	17%	30%	14%
16	16%	21%	20%	13%	14%	3%	6%	8%	20%	10%
17	25%	30%	35%	22%	21%	30%	31%	32%	30%	30%
18	9%	18%	20%	18%	18%	18%	15%	20%	20%	15%
19	22%	11%	15%	12%	13%	18%	19%	17%	11%	12%
20	19%	18%	18%	10%	14%	10%	15%	18%	17%	16%
21	25%	18%	18%	18%	13%	8%	21%	13%	13%	9%
22	9%	23%	17%	20%	16%	20%	15%	24%	20%	23%
23	19%	14%	13%	22%	18%	18%	19%	17%	20%	19%
24	25%	23%	20%	18%	13%	10%	17%	13%	13%	13%

Nota. A percentagem de activação por escala foi calculada tendo por referência o número de itens da respectiva escala.

ANEXO F – TEMPO TOTAL DE TESTE E TEMPO MÉDIO POR ITEM DOS PARTICIPANTES

Quadro F.1 – Tempo total de teste e tempo médio de resposta ao item por participante ($N = 23$).

	Tempo Total de Teste (m)	Tempo Médio de Resposta ao Item (s)
Grupo Normal Com <i>Faking</i>		
1	58	6
Grupo Normal Sem <i>Faking</i>		
2	56	6
3	.	.
4	55	5
5	43	5
6	49	4
7	54	5
8	50	5
9	50	4
10	49	5
11	73	7
Grupo Clínico/forense Com <i>Faking</i>		
12	117	12
13	94	10
14	48	5
Grupo Clínico/forense Sem <i>Faking</i>		
15	63	6
16	59	6
17	82	9
18	57	6
19	60	6
20	51	5
21	90	9
22	63	5
23	68	7
24	49	5

Nota. O tempo total de resposta ao teste encontra-se expresso em minutos e o tempo médio de resposta ao item encontra-se expresso em segundos.

ANEXO G – PADRÃO DE ACTIVACÃO DE EDA E DE RESULTADOS NO MMPI-2

QUADRO G1.– Padrão de activação de EDA e resultados *T* dos participantes de *faking* nas escalas de validade do MMPI-2

Escala F				Escala L			
Activação	T < 50	T50 T65	- T ≥ 65	Activação	T < 50	T50 T65	- T ≥ 65
Resultados T				Resultados T			
> 20%				> 20%			●
15-20%		●		15-20%			
< 15%)	● ●		●	< 15%)			● ● ●
Escala Fb				Escala K			
Activação	T < 50	T50 - T65	T ≥ 65	Activação	T < 50	T50 T65	- T ≥ 65
Resultados T				Resultados T			
> 20%				> 20%	●		
15-20%				15-20%	●		
< 15%)	● ● ●		●	< 15%)		●	●
Escala Fp				Escala S			
Activação	T < 50	T50 - T65	T ≥ 65	Activação	T < 50	T50 T65	- T ≥ 65
Resultados T				Resultados T			
> 20%			●	> 20%		●	●
15-20%				15-20%	●		
< 15%)	●	●	●	< 15%)		●	

Nota. ● = Participante 1; ● = Participante 12; ● = Participante 13; ● = Participante 14.

Quadro G.2. – Padrão de activação de EDA e resultados *T* dos participantes de *faking* nas escalas clínicas do MMPI-2

Escala Hs			
Activação	T 50	<	T50 T65
Resultados T			
> 20%	•		
15-20%			•
< 15%)	•		•
Escala D			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%			•
15-20%			•
< 15%)	• •		
Escala Hy			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%			•
15-20%	•		
< 15%)			• •
Escala Pd			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%			
15-20%	•		•
< 15%)	•		•
Escala Mf			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%	•		•
15-20%			
< 15%)			• •
Escala Pa			
Activação	T 50	<	T50 T65
Resultados T			
> 20%	•		•
15-20%			
< 15%)	• •		
Escala Pt			
Activação	T 50	<	T50 T65
Resultados T			
> 20%			
15-20%			
< 15%)	• • •		•
Escala Sc			
Activação	T 50	<	T50 T65
Resultados T			
> 20%			
15-20%			• •
< 15%)	•		•
Escala Ma			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%			• •
15-20%			
< 15%)	•		•
Escala Si			
Activação	T 50	<	T50 - T65
Resultados T			
> 20%	• •		
15-20%			
< 15%)	• •		

Nota. • = Participante 1; • = Participante 12; • = Participante 13; • = Participante 14.